FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1911-1912 N^os 36-988

LA MORTALITÉ INFANTILE

dans une Région agricole qui se dépeuple

(ARRONDISSEMENT DE LANGRES)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 24 Juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FLORENTIN (Maurice-Marie-Joseph-Alexandre)

Né le 15 Mars 1885, à Langres (Haute-Marne)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	HERRGOTT	professeur. .	*Président.*
	HAUSHALTER	professeur. .	*Juges.*
	FRUHINSHOLZ	agrégé	
	LUCIEN	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1911-1912 **N^os 36-988**

LA MORTALITÉ INFANTILE

dans une Région agricole qui se dépeuple

(ARRONDISSEMENT DE LANGRES)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 24 Juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FLORENTIN (Maurice-Marie-Joseph-Alexandre)

Né le 15 Mars 1885, à Langres (Haute-Marne)

ACAD. LING. SAT. BIBL.

Examinateurs de la Thèse :

MM. HERRGOTT professeur . . *Président.*
HAUSHALTER professeur . . *Juges.*
FRUHINSHOLZ agrégé . . . . *Juges.*
LUCIEN agrégé . . . . *Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4

1912

UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ✪ ; NICOLAS, I ✪ ; PRENANT, ✻, I ✪. BERNHEIM, O ✻, I ✪.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ✪.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ✪.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ✪.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ✪.
Clinique médicale	SPILLMANN, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ✪.
Hygiène	MACÉ, I ✪.
Clinique médicale	SCHMITT, I ✪.
Physiologie	MEYER, ✻, I ✪.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ✪.
Medecine légale	PARISOT, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ✪.
Histologie	BOUIN, I ✪.
Anatomie descriptive	ANCEL, A ✪.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ✪.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, ✻, I ✪.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards.	ETIENNE, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, I ✪, agrégé libre.
Accouchements	SCHUHL, I ✪, agrégé libre.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ✪, id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ✪, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ✪, id.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ✪.
Médecine opératoire	MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.	ZILGIEN, I ✪, id.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ✪.	MM. COLLIN, A ✪.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I ✪.	DUFOUR, I ✪.	LUCIEN, A ✪.
RICHON, A ✪.	SENCERT, A ✪.	BINET.
G. GROSS, I ✪.	ROBERT, A ✪.	PERRIN, A ✪.
FRUHINSHOLZ, I ✪.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, O ✻, I ✪, ETIENNE, I ✪, ZILGIEN, I ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪, MICHEL, I ✪, L. SPILLMANN, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚷, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considerées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection
et de ma vive reconnaissance.

A MON FRÈRE

Meis et Amicis

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HAUSHALTER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études, nous ne saurions quitter la Faculté de Médecine sans apporter l'hommage de notre reconnaissance à tous les maîtres, dont la bienveillance s'est dépensée en notre faveur.

M. le professeur Herrgott nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse : qu'il soit assuré de toute notre gratitude. Dans ses leçons cliniques, délicatement nuancées d'une aimable érudition et serties de piquantes anecdotes, il offre à l'étudiant le charme d'un esprit finement littéraire mis au service d'une connaissance parfaite de la science obstétricale ; aussi un semestre d'externat à la Maternité passe vite et ne laisse que d'agréables souvenirs.

Ceux qui ont eu l'heureux privilège d'accompagner M. le professeur Haushalter au lit de ses petits malades, connaissent la maîtrise de son enseignement, la bienveillance de son accueil et la persévérance avec laquelle il s'attache à développer chez ses élèves les facultés d'observation et d'analyse si nécessaires au praticien.

Au cours de notre externat dans son service, nous avons pu apprécier l'indulgente bonté dont il sait faire preuve à l'égard de toutes les misères ; cette seule leçon de l'exemple suffirait à lui créer des titres à notre reconnaissance si nous ne devions déjà le remercier de l'enseignement et des conseils qu'il nous a donnés et de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

C'est dans le service de M. le professeur Bernheim, que nous avons acquis la plupart de nos connaissances médicales et nous sommes heureux d'apporter ici, au maître que l'âge contraignit à la retraite, l'hommage respectueux de l'un de ses derniers élèves.

M. le professeur Weiss, qui nous a enseigné les premiers principes de la chirurgie, M. le professeur Macé qui nous a facilité la mise au point de ce modeste travail, M. le professeur Hoche, dont nous avons été le préparateur, nous ont toujours montré une bienveillance dont nous garderons un reconnaissant souvenir.

M. le professeur agrégé Fruhinsholz nous fait le grand honneur d'accepter d'être notre juge : ses leçons marquées au coin du meilleur esprit de précision et de méthode, l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter, nous ont été précieux, aussi l'assurons-nous de toute notre gratitude.

Au cours de la préparation de ce travail inaugural, nous avons largement mis à profit les documents que nous a confiés M. le professeur agrégé Perrin : nous devons beaucoup à ses conseils éclairés, nous lui disons simplement et sincèrement merci.

L'amitié dont nous a toujours honoré M. le professeur

agrégé Lucien lui est un sûr garant de notre fidèle souvenir.

Nous ne saurions enfin oublier ceux qui, durant nos années d'études, nous prodiguèrent sans compter, les marques de leur sympathie.

Notre frère nous a précédé dans l'exercice de la profession médicale, ni ses encouragements, ni ses conseils ne nous ont jamais fait défaut : nous sommes heureux de pouvoir lui apporter ici le témoignage de notre affection, à une heure où un deuil cruel vient de le frapper.

Les relations amicales que nous entretenions à Nancy avec le docteur Baudry se sont continuées malgré l'éloignement, puissent-elles résister de même à l'épreuve du temps ! Notre ami le docteur Decornet a mis gracieusement à notre disposition ses talents et son dévouement, nous l'en remercions sincèrement. Enfin, nos excellents camarades, MM. Girard, docteur en droit, Lemainais, ingénieur, Roy et Bouttenot, agrégés d'allemand, se sont acquis des titres nombreux à notre affection et à notre bon souvenir. Avec eux, nous avons passé les meilleures années de notre jeunesse, celles que, peut-être un jour, nous nous rappellerons, non sans mélancolie, à l'heure où la tâche sera plus rude et le devoir plus pénible.

INTRODUCTION

Histoire sommaire de la lutte contre la mortalité infantile en France

La fragilité de l'existence des nouveau-nés, les coupes sombres que la mort taille parmi les nourrissons n'étaient ignorées ni des anciens, ni de nos pères, mais c'est seulement au milieu du siècle dernier que l'excessive *mortalité du premier âge*, dénoncée par la statistique, s'imposa à l'attention des philanthropes et du corps médical.

En 1838, une communication de Bertillon à l'Académie de médecine, fit connaître qu'à cette époque, en France, sur 1.000 enfants nés vivants, 180 environ mouraient avant d'avoir atteint la fin de leur première année.

En 1865, une note du docteur Monot, consacrée à l'étude de l'*Industrie des nourrices dans le Morvan depuis 1850*, révéla que, dans cette région, la mortalité des enfants confiés à des mains mercenaires atteignait le chiffre formidable de 70 %.

Vers la même époque, de nombreux auteurs (Bonnot de Montsaucie, Devilliers, Husson, Marmisse, Rodet, J. Bergeron, Vacher, Marjolin, etc...) exposèrent dans de remarquables travaux les résultats de leurs recherches. A la suite d'une enquête faite dans les communes du département d'Eure-et-Loir, Brochard fit paraître, en 1866, un livre intitulé : *De la mortalité des nourrissons*, où il dénonçait de façon saisissante le sort réservé aux enfants nourris loin de la famille. Qu'on en juge par quelques détails : « Ces enfants, écrit l'auteur, sont aux yeux de tous, tellement voués à une mort plus ou moins prochaine, que la voiture qui les conduit au domicile de leurs nourrices, s'appelle dans les campagnes, *le Purgatoire*... Il existe des femmes qui ont toujours eu des nourrissons, qui en ont toujours et qui n'en rendent jamais, tous meurent ; aussi le maire d'un village se servait-il un jour devant moi de cette expression caractéristique : *Le cimetière de ma commune est pavé de petits parisiens.* »

Si ces révélations causèrent une surprise attristée, elles n'eurent point le pouvoir de provoquer l'organisation de la lutte et *la période qui précède 1870* fut, au point de vue de la mortalité infantile, uniquement *une période d'études.*

Au lendemain de l'Année Terrible, par contre, commença une période d'action et il n'est pas sans intérêt de rappeler quelle influence décisive exercèrent nos désastres sur la mise en œuvre des moyens destinés à sauvegarder l'enfance. La défaite en effet nous coûtait

2.800.000 existences (1) et dressait en face de nous un empire fortement constitué où n'existaient auparavant que de petits états plus ou moins hostiles les uns aux autres. On comprit alors que, pour réparer ces pertes, dans la mesure du possible, la France devait s'attacher à conserver toutes les existences disponibles. Ces considérations, développées aussi bien à l'Académie de Médecine qu'à l'Assemblée nationale, mirent de nouveau à l'ordre du jour la lutte contre la mortalité infantile et, *le 23 décembre 1874, la loi de protection des enfants du premier âge, dite loi Théophile Roussel*, fut votée à l'unanimité. Malgré ses imperfections et ses lacunes, *la loi Roussel* n'en marque pas moins une étape décisive dans l'histoire de la protection de l'enfance, *car elle organise la surveillance médicale du nourrisson séparé de sa mère et de plus place l'exercice de l'industrie nourricière sous le contrôle des pouvoirs publics.*

Malheureusement sa bienfaisante influence s'arrête là, car la grande foule des tout-petits qui ne sont point soustraits au milieu familial échappe à son action, et cependant, nombreux sont les dangers que laisse subsister pour l'enfant une tendresse imprévoyante ou aveugle. Beaucoup de femmes, en effet, remplissent mal la grande mission de leur vie, les unes par indigence, les autres par négligence, la plupart par igno-

---

(1) D'après M. G. Hanotaux (*Histoire de la France contemporaine*. Combet, éditeurs. Tome I, page 308), cette perte de population se décomposerait ainsi :

1° Annexés	1.597.228
2° Diminution de la population . . .	491.915
3° Défaut d'accroissement.	783.900

rance. La protection de l'enfance devrait donc s'étendre aux nourrissons élevés dans leur famille, mais jusqu'ici, l'opportunité de mesures législatives susceptibles de réaliser ce but n'a pas semblé indiquée et l'initiative privée a dû se substituer à l'action légale. Assurément, bien avant l'époque contemporaine existaient *des Sociétés protectrices soit de la mère, soit de l'enfant* (1), mais elles se bornaient à assurer l'hospitalisation des femmes enceintes, à distribuer des secours aux mères indigentes, à procurer soins et remèdes aux nourrissons malades. Elles faisaient, en un mot, uniquement *œuvre d'assistance* et restaient localisées dans quelques grandes villes, dans quelques régions industrielles spécialement favorisées. Il fallait donc les multiplier sous des formes diverses, élargir leurs moyens d'action, en faire à la fois, *des œuvres d'assistance et d'éducation :* cette tâche fut celle des trente dernières années.

La création des *Consultations de nourrissons* marqua le premier pas dans la voie nouvelle et, c'est à M. le professeur Herrgott que revient l'honneur d'avoir fondé la première, en instituant l'*Œuvre de la Maternité, à Nancy, en 1890.* Deux ans plus tard, le professeur Budin suivit cet exemple : il créa, *en 1892, la Consultation de nourrissons de l'Hôpital de la Charité* et s'attacha dès lors, avec un inlassable dévouement, à la propaga-

(1) Parmi elles on peut citer : la Société de charité maternelle fondée en 1786 par Marie-Antoinette, les Sociétés industrielles (Mulhouse 1866), les Sociétés protectrices de l'Enfance fondées en 1865 par Barrier et Alex. Meyer, la Société pour la propagation de l'allaitement maternel fondée le 14 février 1876, les Crèches fondées par Firmin Marbeau en 1844.

tion d'œuvres analogues, dans toute la France. Ainsi se multiplièrent peu à peu *les Gouttes de lait et les Consultations de nourrissons, destinées à sauvegarder l'enfant, en assistant et instruisant la mère.*

Dans ces dernières années, enfin, M. le professeur Pinard s'est fait l'apôtre de l'*éducation des futures mères* et de plus, préoccupé de l'influence qu'exercent sur la vitalité du nouveau-né les conditions de la grossesse, il a cherché à vulgariser l'idée de la *puériculture anténatale.* Surveillance médicale de la grossesse, repos avant et après l'accouchement, tels sont les moyens préconisés, et leur réalisation est le but que se proposent la plupart des *Sociétés de puériculture* et les *Mutualités maternelles.*

Ainsi organisée, *la lutte contre la mortalité infantile* constitue, comme le dit M. le sénateur Strauss (1) : *« l'œuvre la plus forte et la plus sûre de défense nationale, et elle est par surcroît, un acte d'humanité, une manifestation généreuse d'altruisme et de bonté. »*

Malheureusement, nous sommes obligé de constater qu'à l'heure actuelle, malgré les progrès accomplis, seules *les villes importantes* et la plupart *des agglomérations ouvrières* ont bénéficié du mouvement *puéricole*; dans *les petites villes sans industrie*, on le connaît à peine ; dans *les campagnes*, on l'ignore, et cependant la *lutte contre la mortalité infantile* pourrait peut-être diminuer les méfaits d'une *dépopulation rurale* chaque jour plus accentuée.

---

(1) Paul Strauss. — Dépopulation et puériculture, Paris, Charpentier 1901, p. 9.

Ces considérations nous ont fourni le sujet de notre thèse inaugurale : son but modeste est d'étudier *la mortalité infantile dans une région agricole, particulièrement éprouvée par la dépopulation.*

A part quelques considérations générales sur la dépopulation et la mortalité infantile en France, considérations destinées à servir de base de comparaison, notre travail sera surtout une *étude monographique.* Nos recherches, forcément limitées, ne peuvent, en effet, nous conduire à des conclusions applicables à toutes les campagnes de France. Avec chaque contrée, changent les conditions climatériques, les coutumes, les mœurs, les occupations des habitants ; la paysanne de la Picardie ou de l'Artois, n'élève pas ses enfants de la même manière que la fermière du Poitou ou de la Provence, et il est impossible de donner les mêmes conseils dans les montagnes neigeuses des Alpes et dans les plaines ensoleillées de la Garonne. Il nous paraît donc nécessaire d'établir des *monographies locales*, englobant tout ce qui touche à la première enfance dans une région déterminée, et n'utilisant les observations faites ailleurs, que dans la mesure où elles sont susceptibles de permettre des comparaisons utiles. C'est l'une de ces études locales que nous avons entreprise ; assurément, elle ne présente point l'attrait qu'eût pu avoir une œuvre de portée plus générale, mais des recherches analogues aux nôtres ont déjà été réalisées, rien ne s'oppose à ce que ces tentatives se généralisent et de la réunion des documents épars, sortira peut-être un *travail synthétique sur la mortalité infantile dans les campagnes de France.*

De longs séjours dans l'*arrondissement de Langres*, nous permettaient à la fois de bien connaître cette région et d'y faire des recherches détaillées, aussi l'avons-nous choisie pour objet d'une étude que certains caractères géographiques et démographiques, examinés plus loin, rendaient plus intéressante encore.

Notre *monographie* envisagera successivement les questions suivantes :

1° Mouvement démographique dans l'arrondissement de Langres : Population, natalité, mortalité, émigration ;

2° Etude statistique de la mortalité infantile dans l'arrondissement, au cours de la période 1900-1910 ;

3° Causes de cette mortalité : Facteurs morbides, facteurs sociaux ;

4° Remèdes possibles : Assistance et surtout éducation.

Assurément, on pourra adresser à ce travail le reproche de n'être ni original, ni complet : il eût été téméraire de notre part de viser à atteindre ce double but : nous avons simplement voulu faire œuvre d'observateur consciencieux et il nous suffira que nos maîtres puissent trouver dans ces pages quelque détail *utile*, car, selon le conseil du chancelier François Bacon : « Celui qui veut apporter remède au délabrement de ses affaires ne doit pas négliger les bagatelles ».

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES
sur la dépopulation et la mortalité infantile en France

Sommaire. — Stationnement de la population française. — Ses principaux facteurs : Immigration et natalité, émigration et mortalité, balance.
Mortalité infantile en France autrefois et aujourd'hui.
Utilité de la lutte contre la mortalité infantile.

1° Stationnement de la population française

Considérablement ralenti au cours des dix dernières années, l'*accroissement* de la population française est à l'heure actuelle presque *nul* et, pour peu que ce courant néfaste persiste ou s'accentue, notre bilan démographique se soldera bientôt par *un déficit* annuel : les chiffres suivants le prouvent :

Date des Recensements	Population	Accroissement annuel pour 1000 habitants
(1) 1872	36.102.921	»
1881	37.672.048	4,3
1891	38.343.192	1,7
1901	38.961.945	1,6
1906	39.252.245	1,4
1911	39.601.509	1,7

Ainsi donc, en l'espace de quarante années, la population de la France s'est accrue seulement de 3.500.000 habitants, et le taux moyen annuel de cet accroissement, pour 1000 habitants, oscille autour de 1,5.

En face de ce stationnement pénible, nous voyons s'affirmer chaque jour la vitalité croissante des races étrangères : qu'on en juge par ce tableau comparatif (2) :

ETATS	Population moyenne 1861-1870	Population moyenne 1901-1907
France (sans l'Alsace-Lorraine)	36.424.900	39.151.857
Allemagne (territoire actuel). .	39.518.800	59.428.000
Autriche-Hongrie	33.139.000	47.064.668
Grande-Bretagne	30.441.000	42.808.232
Italie	25.224.700	33.137.194
Russie d'Europe (sans la Pologne ni la Finlande)	64.683 000	101.743.628

Quarante ans ont suffi pour faire passer notre pays, au point de vue population, du deuxième rang en Europe,

(1) Rapport du Ministre de l'Intérieur au Président de la République. *Journal officiel* du 10 janvier 1912, p. 320.

(2) Les chiffres de ce tableau sont empruntés au livre de M. J. Bertillon : *La dépopulation de la France*, Félix Alcan, édit., Paris 1911, p. 310.

au cinquième : bientôt même, il reculera au sixième, dépassé par l'Italie. Tandis qu'en 1861, avant la perte de l'Alsace-Lorraine, nous étions à égalité avec l'Allemagne, nous sommes aujourd'hui loin derrière elle, après l'Autriche et la Grande-Bretagne. D'ailleurs les chiffres fournis par les statistiques cessent rapidement d'être exacts et leurs modifications ne sont pas à notre avantage (1). Aucun symptôme heureux ne permet d'entrevoir une amélioration à cette situation dangereuse, et, pendant la période 1908-1909, l'accroissement annuel pour 1000 habitants dans les divers pays reste de :

14,5 en Allemagne.
11,5 en Grande-Bretagne.
11,1 en Russie.
9,5 en Autriche-Hongrie.
6,9 en Italie.
1,6 en France.

Seule, l'Irlande, qui a perdu en un demi-siècle plus d'un million d'habitants, reste avec nous à l'arrière-garde des autres peuples.

Examinons maintenant plus en détail notre bilan démographique : la *natalité* et l'*immigration* y constituent les recettes, la *mortalité* et l'*émigration* les dépenses.

Etudions d'abord les recettes :

En 1861, on comptait en France 500.000 étrangers,

(1) Pour l'Allemagne, par exemple, les évaluations officielles en juin 1910 accusaient déjà 64.775.000 habitants contre 39.300.000 à peine pour la France.

soit 13,9 étrangers pour 1000 habitants ; en 1886, ce nombre s'élevait à 1.115.211. En 1906, il n'était plus que de 1.009.414 ; en 1911 enfin, le recensement a révélé la présence dans notre pays de 1.132.696 (1) étrangers, soit 28,6 pour 1000 habitants. Cette proportion d'immigrés, déjà très forte, le serait encore davantage si la loi du 26 juin 1889, sur la nationalité, n'avait pas imposé la qualité de français, sans faculté de répudiation ou d'option, à de nombreux étrangers résidant en France. Quoi qu'il en soit, au cours de la dernière période quinquennale, l'*immigration* a pris, chez nous, le caractère d'une véritable *invasion pacifique* et cet envahissement, à côté d'avantages économiques indiscutables, n'est pas sans présenter de très réels dangers. En effet, si les autres races, douées d'une vitalité particulière, absorbent facilement les éléments venus d'ailleurs, il n'en est pas de même en France où la plupart des étrangers conservent leurs mœurs, leurs coutumes, leur mentalité. Ainsi chaque grande ville du Midi possède son quartier italien et, plus près de nous, les villages de l'arrondissement de Briey, devenus en quelques années industriels et cosmopolites, ont acquis une physionomie étrangère ; Paris, Nancy, sont encombrés d'Allemands et de Russes, nos provinces du nord enfin, reçoivent chaque année un fort contingent de Belges et de Luxembourgeois. L'immigration constitue donc un facteur de recettes appréciables pour notre population, mais, en même temps, elle est susceptible de nous créer des difficultés intérieures et extérieures : aussi la

(1) *Journal officiel*, loc. cit.

favoriser davantage constituerait une regrettable imprudence. D'ailleurs, si importante qu'elle soit chez nous, cette immigration n'en est pas moins un élément accessoire de notre mouvement démographique et la *natalité reste la source principale de nos recettes.*

Aussi bien, *le nombre des naissances diminue en France, de façon progressive, depuis le début du XIX^e^ siècle.*

En 1811, le taux de notre natalité était de 31,8 pour 1000 (31,8 naissances vivantes pour 1000 habitants). En 1851, il n'était plus que de 26,3 pour 1000 ; en 1881, 23,9 ; en 1901, 22 (1).

Au cours de la période décennale qui vient de s'écouler, la diminution a encore accentué sa marche, comme le révèle le tableau suivant :

Natalité en France pendant la période 1900-1910 (2)

Années	Nombre total de naissances vivantes	Nombre de naissances vivantes pour 1000 habitants
1901	857.274	22,
1902	845.378	21,6
1903	826.712	21,1
1904	818.229	20,9
1905	807.291	20,6
1906	806.847	20,5
1907	773.645	19,7
1908	791.712	20,2
1909	769.969	19,6
1910	774.358	19,7

(1) J. Bertillon, loc. cit.

(2) *Journal officiel* du 25 mai 1911.

Notre natalité a donc décru d'environ un dixième en 10 ans et, si nous examinons comment a varié depuis trente ans le nombre total des naissances, nous constatons :

1° Que de 1881 à 1901, le chiffre annuel des naissances est tombé de 934.939 n. à 857.274, en diminution de 77.665 ;

2° Que de 1901 à 1910, ce même chiffre est passé de 857.274 à 774.258 en diminution de 83.916.

Ces résultats, ramenés à une même période de temps, et traduits en une formule approximative mais simple, expriment que, *durant ces dix dernières années, la baisse de la natalité française s'est accentuée deux fois plus vite qu'auparavant.* A l'heure actuelle, *la natalité française est la plus faible de l'Europe* : en voici la preuve :

Natalité dans les grandes puissances de l'Europe pendant la dernière année de résultats connus (1)

ETATS	Nombre de naissances vivantes		
	Année	total	pour 1000 hab.
Russie.	1904	5.118.663	48,4
Allemagne. . . .	1909	1.978.272	31,0
Autriche-Hongrie	—	1.717.353	34,7
Iles Britanniques	—	1 145 813	25,4
Italie.	—	1 113 984	32.4
France.	—	769 969	19,6

Sans doute, la natalité des races anglo-saxonnes subit, depuis quelques années, une décroissance appréciable, plus marquée peut-être en Angleterre qu'en

(1) *Journal officiel*, 25 mai 1911.

Allemagne. Cette dernière puissance, en particulier, a perdu 38.000 naissances entre 1908 et 1909 et 56.000 entre 1909 et 1910 ; néanmoins ses 65 millions d'habitants, sa natalité supérieure à la nôtre de plus de 10 pour 1000, lui permettent d'accroître, pendant de longues années encore, l'énorme supériorité de 1.200.000 naissances qu'elle possède aujourd'hui sur la France.

En face de ces recettes insuffisantes, quel est donc le tableau de nos dépenses démographiques ? Quelles pertes font subir à notre population, l'*émigration* et la *mortalité* ?

Il est devenu banal de dire que *le Français ne s'expatrie point* : en effet, tandis que 12.000.000 d'Anglais environ, et 6.000.000 d'Allemands sont établis loin du sol natal, on compte à peine en dehors de nos frontières 600.000 Français. Les émigrations annuelles sont, dans notre pays, en si faible quantité que le service de la Statistique a, depuis quelques années, cessé de les dénombrer : leur chiffre échappe donc à notre investigation.

Reste la *mortalité*.

En 1811, son taux était de 26,1 p. 1.000 (26,1 décès pour 1.000 habitants). En 1851, il n'était plus que de 23,9 p. 1.000 ; en 1881, 22,1 et en 1901, 20,1 (1). *Enfin, pendant ces dix dernières années, notre mortalité a continué à décroître de façon non régulière, mais cependant réelle*, la statistique le prouve :

(1) J. Bertillon, loc. cit. p. 2.

Mortalité en France, au cours des dix dernières années (1)

Années	Nombre total des décès	Nombre de décès pour 1 000 habitants
1901	784.876	20,1
1902	761.434	19,5
1903	753.606	19,3
1904	761.203	19,4
1905	770.171	19,6
1906	780.196	19,9
1907	793.537	20,2
1908	745.271	19
1909	756.545	19,3
1910	703.777	17,9

Le taux de la mortalité en France était donc de 17,9 p. 1.000 en 1910, mais un trop grand écart sépare ce chiffre de celui obtenu en 1909 pour que sa signification soit certaine ; aussi, nous adopterons comme *taux de notre mortalité actuelle le chiffre de 19 p. 1000,* autour duquel oscillent les moyennes de ces dernières années.

Cette mortalité n'est pas excessive, en effet, parmi les 16 Etats de l'Europe dont la statistique est régulièrement établie, la France se classe au 8e rang au point de vue du petit nombre des décès. Si même l'on n'envisage que les grandes puissances, notre pays occupe le 3e rang, après l'Angleterre et l'Allemage, avant l'Autriche-Hongrie, l'Italie et la Russie. Pour ces divers pays, la mortalité moyenne des 4 dernières années à résultats connus est de :

(1) *Journal officiel* du 25 mai 1911.

Etats	Nombre de décès
Grande Bretagne	14,9 pour 1.000 habitants
Allemagne	17,8 —
France	19,6 —
Autriche-Hongrie	23,6 —
Italie	23,8 —
Russie	30,7 —

Malheureusement, l'examen de ces chiffres ne nous montre pas que *la diminution de notre mortalité n'est qu'un avantage apparent, dû pour une bonne part à la diminution de notre natalité.* Là où le nombre des naissances annuelles est restreint, le nombre des décès d'enfants âgés de moins d'un an, reste faible, et, comme la première enfance paie un lourd tribut à la mort, le taux de la mortalité générale s'abaisse de façon appréciable.

Nous ne saurions terminer ce rapide exposé sans indiquer quelle est, en France, *la balance des décès et des naissances :* elle se déduit de la comparaison des tableaux précédents et se traduit ainsi :

Excédent annuel des naissances sur les décès pendant les dix dernières années

Années	Excédent total	Excédent pour 1.000 hab.
1901	72.398	1,8
1902	83.944	2,1
1903	73.106	1,8
1904	57.026	1,4
1905	37.120	0,9
1906	26.651	0,7
1907	— 19.892	— 0,5
1908	46.441	1,2
1909	13.424	0,3
1910	70.581	1,8

Notre *excédent annuel des naissances sur les décès tend donc lui aussi à diminuer* ; négatif en 1907, il atteint 1,8 p. 1.000 en 1910, puis s'abaisse de nouveau à — 0,5 pendant le 1er semestre de 1911 (1). Ces chiffres sont l'expression numérique du stationnement de notre population et laissent même entrevoir une décroissance prochaine.

Il n'entre pas dans le cadre étroit de ce travail, d'étudier les dangers qu'un tel bilan démographique fait planer sur la France, ni de rechercher les causes de l'affaiblissement de notre natalité. Signalons seulement que, faute d'un accroissement de population suffisant, le développement de notre puissance militaire et de notre prospérité économique sera bientôt entravé, la diffusion au dehors de notre langue et de notre culture, compromise, notre expansion coloniale rendue stérile. En face d'un péril que les convoitises étrangères rendent encore plus menaçant, la lutte contre la dépopulation s'impose donc comme un devoir impérieux, aux efforts de *l'initiative privée* et à l'attention des *pouvoirs publics*.

Les moyens employés, dans ce but, peuvent être répartis en deux groupes, les uns tendent à *augmenter la natalité*, les autres à *diminuer la mortalité* : ceux-là ressortissent surtout de la philanthropie, ceux-ci appartiennent plutôt à l'hygiène, et, c'est à ce titre, que la

(1) *Journal officiel* du 6 nov. 1911. Les résultats du 2e semestre de 1911, n'étaient pas encore publiés au moment où nous écrivions ces lignes : en 1911, on a constaté un excédent des naissances sur les décès égal à — 34.869, soit — 0,9 p. 1.000 habitants.

lutte contre la dépopulation sollicite le concours du corps médical.

Assurément l'idéal serait que seule la vieillesse payât un lourd tribut à la mort. Malheureusement, les conditions de la vie sociale, l'inévitable lenteur des recherches scientifiques, les dangers, créés par les progrès de la civilisation elle-même, empêchent la *mortalité des adultes* de subir des fluctuations très marquées. Dans le domaine de la *mortalité infantile* (1), au contraire, les progrès sont plus facilement et plus immédiatement réalisables. Entre 0 et 1 an, les nourrissons succombent en grand nombre à des maladies dont la plupart sont évitables, et, pour prévenir ces décès, il suffirait souvent de quelques secours ou de quelques conseils. Examinons donc quelles sont les pertes subies chaque année par la population française du fait, de cette *mortalité infantile*, et démontrons que sa réduction provoquerait l'amélioration certaine de notre bilan démographique.

2° Etude statistique de la mortalité infantile en France

Nous ne possédons aucune évaluation numérique certaine concernant la mortalité infantile (0 à 1 an) en France au cours du XVIII[e] siècle. Les quelques auteurs qui nous apportent des indications à ce point de vue,

(1) Sous cette dénomination nous englobons tous les décès d'enfants âgés de moins d'un an, nous en verrons plus loin les raisons.

envisagent des périodes très différentes de l'enfance, leurs observations sont restreintes et nous ignorons quelle méthode a présidé à leurs recherches.

Rappelons-les cependant pour mémoire.

Les tables de Dupré de Saint-Maur, établies vers le milieu du XVIII[e] siècle, et recueillies par Buffon (1), dans son Histoire naturelle, évaluent le nombre des enfants qui meurent, à la campagne, avant l'âge de 4 ans, à la moitié environ des naissances.

D'après J. D. Duplanil (2) médecin du comte d'Artois, à Paris, cette proportion serait beaucoup plus faible et dans la capitale « il faudrait 16 ans pour éteindre la moitié des naissances ».

Vers la même époque, Morin de Lisieux, cité par Le Pecq de la Clôture (3), fixe à 2 5 des naissances le nombre des décès de 0 à 9 ans dans la population urbaine de Normandie et, pour les bourgs et bourgades de la même province, Messance, receveur des Tailles de l'Élection de Saint-Etienne, nous fournit le chiffre de 468 décès de 0 à 5 ans sur 1.000 décès généraux. Les tableaux établis par ce dernier auteur, d'après les registres des paroisses, pour la période décennale 1752-1761, concernent non seulement la Normandie, mais encore le Lyonnais et l'Auvergne et, dans ces deux provinces, la mortalité de 0 et 5 ans s'exprime

(1) Buffon. Histoire naturelle, édit. princip. t. IV, p. 385 et suivantes.

(2) Guillaume Buchan. Médecine domestique. Traduction de J. D. Duplanil, Paris 1785, t. I, p. 2.

(3) Le Pecq de la Clôture. Collections d'observations sur les maladies et constitutions épidémiques, 1re partie, p. 366 et suiv.

par 470 et 451 décès pour 1.000 décès généraux. La moyenne, pour l'ensemble des régions considérées, est donc de 463 pour 1.000 ; les mêmes documents nous faisant connaître à la fois la natalité (11 N. pour 1.000 habitants) et la mortalité générale (33 décès pour 1.000 habitants), un calcul simple ramène notre moyenne à *372 décès de 0 à 5 ans pour 1.000 naissances vivantes.* D'après Marfan (1) ce taux est aujourd'hui de 265 pour 1.000, *il s'est donc abaissé d'environ 1/3 en l'espace de 150 ans.*

Malheureusement, ces chiffres, contrairement à ce que l'on pourrait croire au premier abord, ne nous fournissent aucune indication, même approximative, sur le taux de la mortalité infantile de 0 à 1 an à l'époque considérée ; car, avec le temps, le rapport qui reliait cette mortalité à la mortalité de 0 à 5 ans s'est trouvé considérablement modifié : nos recherches locales le prouvent.

Il nous faut donc arriver aux tables de Deparcieux (2), *à la fin du XVIII^e siècle*, pour avoir une première expression numérique de la mortalité infantile en France soit : *265 décès de 0 à 1 an pour 1.359 naissances ou 195 pour 1.000.*

Cette effrayante mortalité ne diminua pas au début du XIX^e siècle ; bien au contraire, *vers 1830, elle atteignit son maximum avec 224 décès de 0 à 1 an pour*

---

(1) Marfan. La pratique des Maladies des Enfants, Paris, Baillière 1910, t. I, page 89.

(2) Annuaire du Bureau des Longitudes, 1911, p. 502.

1000 naissances (224,72 d'après Quetelet (1), 222,475 d'après Duvillard (2), 224,37 d'après Broca (3) A partir de 1860 seulement, la décroissance graduelle commença.

Pendant la période 1860-1870, le taux de la mortalité infantile oscilla autour de 180 pour 1000 (180 d'après Langlois, 176 d'après Broca, 184 d'après Bernard (4), 178 d'après les chiffres de la Commission de dépopulation); de 1871 à 1875, il fut de 178 ; pendant les périodes quinquennales postérieures, il tomba successivement à 166, 167, 166, 170, 158 ; *il descendit à 139 pour la période 1901-1905* (5) *et atteignit enfin 132 pour les cinq dernières années.* La *mortalité infantile* en France aujourd'hui s'exprime donc par *132 décès de 0 à 1 an* (6) *pour 1000 naissances vivantes* ; telle est la base à laquelle nous comparerons les résultats de notre enquête.

Pour terminer cette étude statistique, il nous faut maintenant rechercher le taux de la *mortinatalité* (7), car souvent celle-ci relève des mêmes causes que la mortalité infantile et peut être diminuée par les mêmes moyens. Les résultats fournis sur ce point par la statistique se répartissent ainsi :

---

(1) Quetelet et Smits. — Recherches sur la reproduction et la mortalité de l'homme. Bruxelles 1832.

(2) Table de mortalité de Duvillard.

(3) Rouvier. — Précis d'hygiène de la 1re enfance. Paris, Baillière 1893, p. 379.

(4) Grande Encyclopédie, art. mortalité.

(5) *Semaine médicale*, 20 novembre 1907, p. 557.

(6) Taux calculé d'après les chiffres publiés au *Journal officiel* du 25 mai 1911.

(7) Le taux de la mortinatalité s'exprime par le nombre des mort-nés pour 1000 naissances, mort-nés compris.

Mortinatalité en France, pendant la période 1900-1910 (1)

Années	Nombre total des mort-nés	Nombre de mort-nés pour 1000 naissances, mort-nés compris
1901	40.746	45,3
1902	40.218	45,1
1903	39.074	45,1
1904	38.665	45,1
1905	37.941	44,8
1906	37.326	44,8
1907	36.753	45,2
1908	37.154	44,6
1909	35.914	44,5
1910	35.944	44,3

Ce tableau nous montre que la mortinatalité en France tend à décroître, mais lentement, et que son taux actuel peut être évalué *à 44,5 mort-nés pour 1000 naissances mort-nés compris.*

De l'examen des chiffres qui précèdent, découle la conclusion suivante :

La *mortalité des nourrissons* a d'abord reculé lentement de 1860 à 1890, baissant seulement de 10 pour 1000 en trente ans, puis, au cours des vingt dernières années, cette décroissance, considérablement accentuée a atteint 38 pour 1000. Comment ne pas voir là, une démonstration évidente des heureux résultats obtenus par la lutte entreprise et par la diffusion de plus en plus grande des notions d'*hygiène infantile* ?

Tandis qu'*en 1905*, la statistique enregistrait encore plus de *115.000 décès d'enfants de 0 à 1 an*, ce nombre

(1) *Journal officiel*, loc. cit.

n'était plus que de *110.000 en 1906* et s'abaissait au-dessous de *90.000 en 1910*. Ainsi était obtenue, en *l'espace de six années, une diminution de 25.000 décès annuels*. Sans doute, cette diminution provient en partie de l'abaissement de la natalité et reste soumise à des oscillations inévitables, néanmoins, elle répond à un *gain annuel* qu'il est permis d'évaluer à environ *15.000 existences* et prouve l'importance de la lutte contre la mortalité infantile au point de vue démographique.

Cependant, cette importance a été niée, et *la lutte contre la mortalité infantile* a été considérée comme un remède *inefficace* et même *dangereux* contre la dépopulation.

Dès 1835, l'astronome Quetelet écrivait dans sa *Physique sociale* : « Le nombre des naissances est réglé par le nombre des décès ». Cette théorie, reprise ensuite par Achille Guillard, Bertillon père, William Farr, reçut le nom de *loi du parallélisme* et trouva sa formule dans le célèbre aphorisme : « La mort mesure la vie, la vie mesure la mort (1) ».

Dans un livre récent (2), M. J. Bertillon s'est efforcé de démontrer que cette loi, toujours vérifiée, rendait vaines les espérances fondées sur la sauvegarde de l'enfance et son argumentation peut se résumer ainsi.

Tout décès tend naturellement à provoquer une naissance ; en particulier, quand un enfant meurt, ses parents éprouvent le besoin de reporter leur tendresse

(1) Achille Guillard. — Démographie comparée, chap. IV, Paris 1855.

(2) J. Bertillon, Loc. cit., p. 74 et suivantes.

sur un autre enfant. Si vous empêchez l'un de mourir, vous empêcherez l'autre de naître : la population n'y aura rien gagné. De plus, à sauver les enfants débiles, on risque d'encombrer la nation de valétudinaires, et toute société peut être comparée à une forêt qui, lorsque le bûcheron fait des clairières, se reconstitue ensuite d'elle-même, sans qu'on ait à s'occuper de son peuplement. Ainsi, d'après M. Bertillon, il vaudrait mieux, au point de vue social s'entend, laisser la mort éliminer les faibles et pratiquer une sorte de *sélection naturelle :* avouons que de là à recourir à nouveau aux précipices du mont Taygète, il n'y a qu'un pas.

Il serait puéril de nier que la *mortalité générale* et *la natalité* s'influencent réciproquement et que *la loi du parallélisme* est vérifiée dans l'ensemble. Au point de vue spécial de la mortalité infantile, il est vrai que le décès d'un jeune enfant est fréquemment compensé par une naissance ; bien plus, des avortements successifs témoignent parfois de la trop grande hâte apportée par les époux à réparer la perte ; mais, à côté des cas favorables, combien de vides creusés par la mort ne se combleront plus ? Ici le décès des parents, là des circonstances pathologiques, ailleurs les charges d'une famille déjà nombreuse empêcheront *un nouveau-né de remplacement* de venir occuper la place du disparu.

De plus, il est injustifié d'admettre comme règle générale, que sauver un enfant de la mort est empêcher une naissance, car ici encore les exceptions peuvent être nombreuses. Tous les époux ne pratiquent pas la restriction volontaire ; parmi ceux qui s'étaient fixés un

nombre déterminé d'enfants, beaucoup dépassent une limite que telle ou telle circonstance les encourage à franchir ; et nous avons souvent eu la preuve, au cours de notre enquête, que là où l'on ne désire pas d'enfants, il arrive cependant que l'on en ait...

D'ailleurs, en supposant même que tout décès d'enfant amenât rigoureusement une naissance, le *nouveau-né de remplacement* resterait exposé aux mêmes dangers que son aîné et, dans ces conditions, abandonner la lutte contre la mortalité infantile serait souvent *lâcher la proie pour l'ombre.*

La protection de l'enfance ne compromet pas davantage la vigueur de la race. En effet, les nourrissons, dont une meilleure hygiène préserve l'existence, peuvent être répartis en trois groupes : les uns, nés débiles, le resteront, d'autres, au contraire, ne conserveront aucune trace de leur faiblesse congénitale, beaucoup enfin ne sont pas des débiles. Pourquoi ne tenir compte que de la première catégorie et oublier les deux autres ?

De nombreux adultes n'ont qu'à se louer de la bienveillance de la nature à leur égard et cependant à leur naissance, ils semblaient voués à une mort prochaine (1). De même, si les débiles paient un lourd tribut à la broncho-pneumonie et au choléra infantile, ces terribles maladies sont loin d'épargner les enfants vigoureux. Comme le disait Claude Bernard dans ses Leçons au Collège de France : « On déclame sur la fragilité de la vie, il y a bien plutôt lieu d'admirer la longanimité

(1) M. le professeur Herrgott ne pesait pas 1500 grammes à sa naissance

avec laquelle elle résiste aux brutalités de toute nature qu'on lui fait endurer ».

C'est à la lutte contre ces brutalités, que se consacre la *puériculture*, elle s'efforce d'effacer non seulement les malfaçons naturelles, mais encore celles que créent de toutes pièces, chez l'enfant, une alimentation défectueuse ou des soins inhabiles : n'est-ce pas là le meilleur moyen de préparer une race vigoureuse et forte ?

Si nous avons pris soin de répondre aux reproches adressés à *la lutte contre la mortalité infantile*, c'est parce qu'ils servent de base à l'argumentation de tous ceux que cette entreprise laisse indifférents ou hostiles. Les résultats acquis nous apportent d'ailleurs la meilleure confirmation de l'utilité de la lutte, ils démontrent clairement, quoi qu'en dise J.-J. Rousseau (1), qu'on peut encore « apprendre à vivre à qui ne songe qu'à s'empêcher de mourir ».

---

(1) J.-J. Rousseau. — *L'Emile*, livre 1.

PREMIÈRE PARTIE

Etude statistique de la mortalité infantile et de la dépopulation dans l'arrondissement de Langres.

CHAPITRE I

DOCUMENTATION & RECHERCHES

Sommaire. — 1. *Statistique.* — Les registres de l'Etat civil. Définition de la mortalité infantile. Différentes manières d'exprimer son taux : discussion. Formules permettant de comparer les résultats.

2. *Enquête.* — Visite des villages. Enquête auprès des mères. Bulletins de décès. Enquête auprès des praticiens.

Les observateurs superficiels sont portés à croire que le *nourrisson des campagnes*, issu de parents en général vigoureux, a des chances de survie beaucoup plus considérables que le nourrisson des villes. On pense vo-

lontiers que dans le milieu rural, l'atmosphère est saine, les habitations salubres et non surpeuplées, le lait pur et non falsifié, l'allaitement au sein plus répandu. On croit que la paysanne a plus de facilités que l'ouvrière pour rester à la maison et élever ses enfants. On en conclut enfin que la mortalité infantile dans les campagnes doit être minime et qu'il est téméraire d'espérer la réduire davantage. Les chiffres sont en contradiction avec ces considérations trop optimistes, dans l'arrondissement de Langres tout au moins.

Les documents qui nous étaient nécessaires, pour établir notre étude locale, ont été puisés à deux sources : *à la statistique et à l'enquête,* et sans nous mêler au débat déjà ancien entre les monographistes et les statisticiens, nous avons pensé avec René Worms (1) que le *concret* et le *général* devaient se compléter l'un par l'autre.

§ 1. — Méthode statistique

Dans chaque arrondissement, les résultats statistiques peuvent être facilement demandés aux *registres de l'état civil déposés chaque année au greffe du Tribunal civil* (2). Les actes de naissance et de décès per-

(1) René Worms. — Organisme et société. Paris, Giard et Brière, 1896, p. 115.

(2) Les greffiers peuvent exiger une taxe de 10 francs par jour de recherches. Nous remercions M. Benoit, greffier du tribunal civil de Langres, d'avoir bien voulu réduire cette taxe en notre faveur, mais il serait à souhaiter que la gratuité fût assurée à des travaux entrepris dans le seul but d'aider à l'amélioration de l'hygiène publique.

mettent d'établir, dans chaque localité, le taux de la mortalité infantile et de la mortinatalité : ils fournissent des renseignements sur l'âge et la légitimité des enfants décédés, ils nous font connaître la profession des parents et la date de la mort.

Il importe cependant de mentionner quelques réserves au sujet de l'exactitude des documents ainsi obtenus. Les erreurs possibles tiennent d'abord aux *prescriptions légales* concernant *la déclaration des naissances.* D'après l'art. 55 du Code civil, cette déclaration doit être faite dans les trois jours qui suivent l'accouchement et l'enfant doit être présenté à l'officier de l'état civil du lieu. Cet article a été complété par un décret du 4 juillet 1906, prescrivant que si « l'enfant est mort, l'officier de l'état civil doit se borner à constater qu'il lui a été présenté sans vie ». De là, il résulte que *tous les enfants ayant vécu, mais décédés avant leur déclaration, sont comptés au nombre des mort-nés* et cette erreur légale a pour conséquence de diminuer le taux de la *mortalité infantile réelle*, tout en augmentant le taux de la *mortinatalité.*

Une autre inexactitude se produit quand un nourrisson, né dans une localité déterminée, *émigre* dans une autre et y meurt avant l'âge de 1 an.

La première résidence bénéficie d'une naissance, la seconde est grevée d'un décès et, les *transcriptions* n'étant pas régulièrement faites, il y a erreur. Dans notre région, l'influence de ces migrations de nourrissons est minime, mais il n'en est plus de même dans les grandes villes et dans les pays où l'industrie nourricière est particulièrement développée.

D'ailleurs, à supposer même que les chiffres obtenus soient rigoureusement exacts, il reste encore à déterminer la manière de les grouper pour *exprimer la mortalité infantile.*

Sous cette dénomination, on désigne la mortalité des enfants :

Soit de 0 à 1 an.
Soit de 0 à 2 ans.
Soit de 0 à 5 ans.

A l'heure actuelle, la période *de 0 à 1 an* est presque unanimement acceptée, car, pendant cette première phase de son existence, l'enfant reste soumis à des conditions physiologiques et pathologiques spéciales qui l'exposent tout particulièrement à la mort. D'après M. Marfan, il meurt environ trois fois plus d'enfants au cours de la première année que pendant la seconde, six fois plus que pendant la troisième et huit fois plus que durant une année moyenne de la vie. Cette *surmortalité* qui caractérise la *première année*, étant due à des causes qu'on ne retrouve plus ensuite, nous sommes donc autorisés à dire que :

La mortalité infantile est celle des enfants de 0 à 1 an à l'exception des mort-nés.

Mais le nombre total des décès d'enfants âgés de moins d'un an, dans un lieu déterminé et pendant une période également déterminée, ne suffit pas à nous renseigner sur l'*intensité proportionnelle* de la mortalité infantile : *pour que les chiffres soient comparables, il faut les ramener à une base fixe.*

Plusieurs bases sont possibles, et, suivant que

l'on choisit l'une ou l'autre, l'expression du taux de la mortalité infantile varie. On peut ainsi établir plusieurs rapports dont nous allons successivement discuter la valeur.

Choisissons trois années consécutives :

0 1 2

et soit :

N_0 N_1 N_2 le nombre des naissances pendant ces années
D_0 D_1 D_2 — décès de 0 à 1 an —
Δ_0 Δ_1 Δ_2 — décès de tout âge —
P_0 P_1 P_2 la population en enfants de moins d'un an à la fin des années 0, 1 et 2.

Ces notations admises, nous pouvons exprimer le taux de la mortalité infantile : 1° *En cherchant le rapport qui existe entre le nombre des décès de 0 à 1 an et la population en enfants de moins d'un an pendant une même période.*

$$\text{C'est le rapport : } \frac{\text{Décès}}{\text{Population.}}$$

Or, une première difficulté se présente : car, pour l'année 1, par exemple, on peut prendre comme dénominateur :

Soit P_0 = population à la fin de l'année 0 ou au début de l'année 1 (ce qui revient au même).

Soit P_1 = population à la fin de l'année 1.

Soit $\frac{P_0 + P_1}{2}$ = moyenne entre les deux chiffres précédents.

Dans ces conditions, nous aurons déjà trois taux

possibles, exprimant numériquement la mortalité infantile pendant l'année 1 :

$$\frac{D_1}{P_0}, \qquad \frac{D_1}{P_1}, \qquad \frac{D_1}{\frac{P_0 + P_1}{2}}$$

De plus P_0 et P_1 sont très difficiles à déterminer numériquement, car le dénombrement de la population par âges ne se fait qu'à l'occasion de chaque recensement quinquennal et les résultats n'ont de valeur que pour la date du dit recensement.

Un autre taux possible est *le rapport qui existe entre le nombre des décès de 0 à 1 an et le nombre des décès généraux pendant une même période.*

$$\text{C'est le rapport } \frac{D_1}{\Delta_1} = \frac{\text{Décès de 0 à 1 an.}}{\text{Décès généraux.}}$$

Ce rapport a été adopté par M. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph dans leur *Etude statistique de la mortalité infantile dans la population urbaine de la France.*

Sans doute D_1 et Δ_1 nous seront très facilement fournis par les *registres de l'état civil,* mais les résultats obtenus dépendront de facteurs tout à fait étrangers à la mortalité infantile. En effet, si dans la région considérée, la natalité est faible et les familles peu nombreuses, la population adulte, devenant proportionnellement plus considérable, le nombre des décès généraux augmentera relativement au nombre des décès d'enfants et la mortalité infantile paraîtra diminuer ; en un mot, toutes choses restant égales, *les pays à mortalité générale forte auront une mortalité infantile faible et inversement.*

Les mêmes observations se répètent si l'on établit des comparaisons d'année à année et le système devient factice.

On peut enfin exprimer le taux de la mortalité infantile par :

Le rapport qui existe entre le nombre des décès d'enfants de 0 à 1 an et le nombre des naissances pendant la même période.

$$\text{C'est le rapport } \frac{D_1}{N_1} = \frac{\text{Décès de 0 à 1 an.}}{\text{Naissances.}}$$

D_1 est égal au nombre des décès d'enfants de 0 à 1 an pendant l'année 1 ; or, parmi ces enfants, les uns sont nés pendant l'année 0, les autres sont nés pendant l'année 1.

N_1, au contraire, désigne seulement les naissances survenues pendant l'année 1.

Il en résulte : 1° que les enfants dont on dénombre les décès, ne sont pas ceux dont on a compté les naissances ; 2° que ces enfants appartiennent à deux années consécutives, d'où une inexactitude et une ambiguïté.

Le seul taux de la mortalité infantile rigoureusement exact, serait *le rapport établi entre les décès de 0 à 1 an survenus à quelque époque que ce soit parmi les enfants nés pendant une année déterminée et le nombre des naissances pendant cette même année.*

Malheureusement, l'établissement de ce rapport suppose la possibilité de suivre chaque enfant depuis sa naissance jusqu'à la fin de sa première année et, dans une région ou une grande ville, un tel relevé entraîne-

rait un travail considérable. Pour ce motif, nous adopterons avec la majorité des auteurs le rapport

$$\frac{D_1}{N_1}$$

comme taux de la mortalité infantile et nous dirons :

Le chiffre qui exprime la mortalité infantile pendant une période déterminée est égal au nombre des décès de 0 à 1 an survenus, pour 1000 naissances vivantes, pendant cette même période.

Dans le but de diminuer l'erreur commise, nous choisirons, comme période d'observation, un nombre suffisant d'années, 10 par exemple ; l'erreur absolue restant la même, l'erreur relative sera 10 fois moins forte et pratiquement négligeable.

Ce choix d'une période de 10 années consécutives aura encore l'avantage de niveler les fluctuations accidentelles qu'un été particulièrement chaud, ou une épidémie passagère, auraient pu imposer à la mortalité infantile et notre moyenne sera d'autant plus exacte qu'elle sera basée sur un plus grand nombre de cas.

Notre étude s'appliquera donc à tout l'arrondissement de Langres pendant les années 1900-1910.

Avant de terminer cet exposé de notre méthode statistique, indiquons seulement par quel calcul simple s'établissent *les formules permettant de comparer les rapports divers choisis par les différents auteurs.*

Soit :

$$1^\circ \qquad \frac{\text{Décès de 0 à 1 an}}{\text{Naissances}} = \frac{D}{N} = m$$

2° $\dfrac{\text{Décès de 0 à 1 an}}{\text{Décès généraux}} = \dfrac{D}{\Delta} = m'$

3° $\dfrac{\text{Décès de 0 à 1 an}}{\text{Population infantile}} = \dfrac{D}{P} = m''$

On aura :

$$D = Nm = \Delta m' = Pm''$$

D'où :

$$m' = m \times \frac{N}{\Delta}$$

$$m'' = m \times \frac{N}{P}$$

Ces formules sont applicables dans tous les cas.

§ 2. — Méthode d'enquête

A côté de la *statistique*, nous avons fait intervenir *l'enquête*, et dire comment celle-ci a été conduite n'est peut-être pas moins important qu'exposer ses résultats. En effet, si l'on a pu considérer la statistique comme « une bonne fille à qui l'on fait dire tout ce que l'on veut » on peut *à fortiori* reprocher aux enquêtes d'aboutir à des conclusions variables et souvent contradictoires. La meilleure garantie que nous puissions apporter à l'appui de nos observations est donc d'indiquer comment nous les avons faites.

Nous ne pouvions songer à visiter *les 210 communes* de l'arrondissement et à interroger dans chacune d'elles toutesles mères de famille ; nous avons donc dû faire un choix et notre enquête a porté :

1° Sur *les chefs-lieux de canton et les localités les plus populeuses.*

2° Sur les villages où des relations personnelles nous permettaient de faire des recherches *plus approfondies.*

3° Sur les communes où la statistique nous avait révélé une *mortalité sensiblement différente de la moyenne.*

4° Sur *les centres spécialisés des différentes cultures* et les agglomérations présentant quelque particularité susceptible d'influencer le taux de la mortalité infantile.

Au cours de cette classification préalable, certains villages sont entrés à la fois dans plusieurs catégories ; au total, *nous en avons visité 54.*

Dans chacun d'eux, nous avons interrogé les *mères de famille*, recherché les *bulletins de décès* et consulté les *praticiens* : médecins ou sages-femmes.

873 mères nous ont fourni des renseignements utilisables, quelques-unes nous ont laissé examiner leurs nourrissons, d'autres, plus âgées, nous ont donné des indications permettant de comparer le passé au présent.

Très souvent nous nous sommes heurté à une imprécision tantôt involontaire et tantôt réfléchie, soit qu'il nous ait fallu aider les efforts d'une mémoire défaillante, soit que nous ayions dû vaincre une gêne bien excusable, empêchant certaines femmes d'avouer des coutumes, dénoncées comme dangereuses par les médecins, mais universellement pratiquées dans le public. Pour éviter cet écueil, *nous nous sommes abstenu de formuler aucune critique* sur les faits qui nous étaient

révélés et nous avons pu ainsi compter sur une entière *sincérité* là où nous n'aurions rencontré que méfiance.

Au point de vue des questions posées, nous n'avons pas cru devoir restreindre notre enquête aux seuls soins que les mères donnent aux nourrissons, nous l'avons aussi étendue à tout ce qui dans le milieu extérieur peut exercer une influence salutaire ou néfaste sur la première phase de la vie ; en un mot, nous avons tenté de *placer l'enfant dans le cadre où se déroule son existence.*

Pour déterminer les *facteurs morbides de la mortalité infantile*, nous comptions sur les *bulletins de décès*; malheureusement dans beaucoup de villages ils n'existent pas et, quand on les retrouve, leur *imprécision* empêche souvent de les utiliser ; aussi n'avons-nous pu en recueillir que *191.*

Enfin, nous avons fait appel dans une large mesure à la bienveillance des médecins et à l'obligeance des sages-femmes et nous avons réuni ainsi une documentation d'autant plus certaine qu'elle est basée sur *l'observation* de chaque jour, aussi bien que sur la *statistique.*

CHAPITRE II

LE MOUVEMENT DÉMOGRAPHIQUE dans l'arrondissement de Langres

Sommaire. — *Mouvement de la population de 1881 à 1911.* Natalité. Mortalité et émigration de 1901 à 1910.

Facteurs d'émigration. — Morcellement de la propriété. Apparition du phylloxéra dans les régions viticoles. Multiplication des moyens de transport. Domesticité. Service militaire. Ambition.

Influence de l'émigration, sur les autres éléments du mouvement démographique.

Diminution de la natalité, ses causes. Stérilité relative et volontaire. Conservation de l'unité du bien familial. Influence des lois successorales. Ambition. Fécondité restreinte des familles aisées.

Mortalité. Influence du manque d'hygiène individuelle et collective. Comparaison entre la ville et la campagne.

Situé *au sud du département de la Haute-Marne,* et au point de réunion des quatre vieilles provinces de l'Est : *Champagne, Bourgogne, Lorraine* et *Franche-*

Comté. L'arrondissement de Langres s'étend sur une superficie de 22.033 kilomètres carrés et compte 210 communes réparties en 10 cantons.

Sa *population* qui était de 89.878 habitants en 1801, a subi *depuis 1881 une décroissance continue* dont les étapes se traduisent ainsi :

Années	Population
1881	97.250 habitants
1891	88.605 —
1901	80.822 —
1906	79.477 —
1911	74.857 —

Au cours des trente dernières années, la perte a donc été de 22.393 habitants et a porté surtout sur les habitants des campagnes.

L'arrondissement de Langres est en effet une région essentiellement agricole. Les forêts couvrent la plus grande partie des cantons d'Auberive et de Longeau ; autour de Varennes, Bourbonne-les-Bains et Laferté-sur-Amance, sont disséminés de nombreux centres viticoles ; de belles prairies se déroulent le long des bords de la Marne, de la Meuse, de l'Amance et de la Vingeanne, la culture des céréales, prédominante dans les cantons de Montigny, Langres et Neuilly, est importante partout.

Sans doute des industries locales existent ; la coutellerie, la vannerie, les carrières de pierres, les scieries, les tuileries occupent au total quelques milliers d'ouvriers, mais ceux-ci, disséminés dans de nombreux villages, ne forment nulle part ce groupement si particulier

Carte de l'arrondissement de Langres

qu'on appelle l'agglomération ouvrière, et les communes *rurales* sont toutes des communes *agricoles*.

La population urbaine est répartie dans les deux petites villes de Langres et de Bourbonne-les-Bains plus commerçantes qu'industrielles, et dans les deux gros bourgs de Fays-Billot et Chalindrey (1).

De 1881 à 1906 (2) la *population urbaine* est passée de 18.464 habitants à 18.021 et la *population rurale* de 78.786 habitants à 61.446. Toutes deux ont donc diminué : la population urbaine de 443 habitants et la population rurale de 17.340 habitants. Ces résultats ont besoin toutefois d'une correction : en effet, en 1906, la commune de Chalindrey, ayant atteint une population de 2.043 habitants, est passée brusquement au rang des communes urbaines sans cependant devenir une ville, et si, tenant compte de ce fait, on continue à la classer parmi les communes rurales, on voit, qu'en *l'espace de 25 ans, nos campagnes ont perdu 15.300 âmes: soit le 1/5 de leur population* et nos villes 2400 âmes. En défalquant de ce dernier chiffre, une perte de 1.500 habitants due à la diminution des effectifs de la garnison de Langres, on arrive à un *déficit réel de 900 âmes, soit du 1/20 environ, pour la population urbaine.*

Quels sont les facteurs de cette dépopulation?

Pour les rechercher, nous avons étudié les éléments du mouvement démographique dans l'arrondissement et nous avons établi le tableau suivant :

(1) Par population urbaine, nous entendons la population des communes possédant plus de 2.000 habitants.

(2) Les résultats complets du recensement de 1911 ne sont pas publiés.

Natalité et mortalité générale dans l'arrondissement de Langres pendant la période 1900-1910

Années	Nombre de naissances		Nombre de décès	
	total	pour 1.000 h.	total	pour 1.000 h.
1901	1.392	17,3	1.686	20,8
1902	1.437	17,7	1.694	20,9
1903	1.357	16,7	1.691	20,9
1904	1.421	17,6	1.626	20,1
1905	1.337	16,5	1.808	22,3
1906	1.314	16,5	1.880	22,9
1907	1.245	15,1	1.670	21
1908	1.290	16,1	1.536	19,3
1909	1.271	15,8	1.690	21,2
1910	1.300	16,2	1.359	17

D'après ces chiffres, *la natalité moyenne* a donc été de 17,1 naissances pour 1.000 habitants pendant la période 1901-1905, elle s'est abaissée ensuite à 15,9 pendant la période 1906-1910. Ces moyennes étant respectivement pour la France entière 21,2 et 19,9 (1) *la natalité de notre arrondissement peut être considérée comme excessivement faible.*

Pour *la mortalité*, un calcul analogue nous conduit à une moyenne de : 21 décès pour 1.000 habitants pendant la période 1901-1905 ramenée ensuite à 20,2 pendant la période 1906-1910. Ici au contraire, nous obtenons des chiffres supérieurs à ceux établis pour la France (19,6 et 19,2) : il en *résulte que l'arrondissement de Langres possède une mortalité forte.*

Natalité faible et mortalité forte entraînent néces-

(1) Moyennes établies d'après les chiffres cités plus haut.

sairement un excédent des naissances sur les décès, toujours *négatif* ; ce tableau en fournit la preuve.

Années	Excédent annuel des naissances sur les décès	
	total	pour 1.000 h.
1901	— 294	— 3,6
1902	— 257	— 3,2
1903	— 666	— 8,3
1904	— 205	— 2,5
1905	— 471	— 5,8
1906	— 566	— 7,2
1907	— 425	— 5,3
1908	— 246	— 3,1
1909	— 419	— 5,2
1910	— 59	— 0,8
Total pour 10 années. . . .	— 3.608	Moyenne annuelle — 4,5

Le groupement de ces résultats nous donne un excédent annuel moyen de :

4,6 pour 1000 habitants de 1901 a 1905, et — 4,3 pour 1000 habitants de 1906 à 1910.

Du seul fait de la supériorité du nombre des décès sur le nombre des naissances, l'arrondissement a perdu en 10 ans 3.608 habitants ; d'autre part, la perte totale ayant été de 5.965 habitants, il en résulte que l'excédent *des émigrations sur les immigrations a causé en 10 ans une dépopulation de 2.357 habitants.*

Facteurs d'émigration. Dans le département de la Haute-Marne, d'ailleurs, les émigrants semblent toujours avoir été nombreux. D'après Arsène Dumont, en 1891, le nombre des départs annuels dans tout le département atteignait environ 2.000 et cette évaluation est

confirmée lorsqu'on examine la carte des migrations internes dressée, pour la France, par M. Arthur Fontaine (1).

Les centres d'immigration s'y confondent avec les grandes régions industrielles, avec les capitales de nos anciennes provinces, avec les métropoles commerciales ; l'émigration, au contraire, est particulièrement intense dans les régions montagneuses des Alpes et du Massif Central, à l'est de la Champagne et, ce qui étonne davantage, dans la riche vallée de la Garonne, dans les plaines fertiles de la Bresse, du Poitou et de la Normandie ; à cette liste déjà longue, il faut ajouter enfin les districts viticoles disséminés à la surface du territoire.

Dans *l'arrondissement de Langres*, les causes qui expliquent cet exode rural, sont à la fois d'ordre économique et moral. — Une des plus importantes est assurément *le mode de répartition de la propriété foncière*, caractérisé par le morcellement excessif des parcelles. — En 1891, sur 165.377 cotes imposables, la Haute-Marne en renfermait 146.950 de moins de 6 hectares, appartenant à la *petite propriété*, c'est-à-dire *environ les 9 10*. Sans doute, l'élément le plus stable de la population agricole est le *paysan propriétaire*, mais encore, faut-il que sa propriété le fasse vivre. Si elle est trop petite, il ne peut s'assurer un fond de réserve capable de suppléer aux mauvaises récoltes, il s'endette, son crédit s'épuise vite, son bien se grève d'hypothèques, il

(1) Album graphique de la statistique générale de la France. Paris, Imprimerie nationale, 1907, p. 224 et 225.

est contraint à vendre et est dès lors détaché de la glèbe. Un sentiment de fierté bien excusable, l'attrait d'un gain plus régulier et plus élevé, tout contribue à l'éloigner du village natal où sa misère lui est une honte. La terre marâtre le repousse, la ville tentaculaire l'attire, voilà un *déraciné* de plus.

Partout en France, les fléaux qui ont successivement frappé l'agriculture ont ainsi provoqué la dépopulation des campagnes : les épizooties de la race ovine dans les Cévennes, la maladie des vers-à-soie dans les départements du sud-est, ont tour à tour déterminé l'émigration en masse des paysans pauvres. A l'heure actuelle, dans notre arrondissement, *l'apparition du phylloxéra* a ruiné les communes viticoles et les années de *mévente* succédant aux années de *disette* ont contraint beaucoup de vignerons au départ. En 1881, 13 centres viticoles (Coiffy-le-Haut, Coiffy-le-Bas, Larivière, Melay, Pouilly, Serqueux, Soyers, Chézeaux, Laneuvelle, Vicq, Voisey, Montsaugeon, Enfonvelle), possédaient 10.377 habitants. En 1906 cette population s'abaissait à 8.053, en 1911 enfin elle n'était plus que de 7.381, et l'on peut ainsi conclure, qu'au cours des *trente dernières années, les communes viticoles ont perdu presque le tiers de leur population.*

Une autre cause d'émigration réside, chez nous comme ailleurs, dans la *commodité des moyens de transport modernes.* Jadis, les déplacements de nos paysans se limitaient à quelques voyages au chef-lieu à l'occasion des foires ou des marchés ; maintenant, ils sortent plus souvent et vont plus loin. La jeunesse surtout profite largement des distractions offertes ; pas de fêtes dans

les villes, sans qu'elle y arrive en foule pour ses achats ou son plaisir. Le *service militaire*, chez les jeunes garçons, la *domesticité*, chez les jeunes filles, contribuent encore à développer cette humeur vagabonde.

Ainsi s'établit un contact plus étroit chaque jour entre la ville et la campagne, la ville seule en profite. Tandis qu'aux yeux de l'ouvrier, le paysan reste toujours quelque peu gauche et ridicule, celui-ci au contraire envie le citadin qui gagne plus, prend plus de plaisirs et semble vivre mieux. Le goût du luxe et l'amour du bien-être s'introduisent dans les campagnes, y apportant une sorte de dégoût pour le pénible labeur agricole et l'augmentation du prix des denrées, nous en avons eu maintes fois la preuve, n'enrichit pas le paysan devenu moins économe et plus raffiné. Dans nos villages, l'argent circule plus, mais on le garde moins et quelques familles seules s'enrichissent pendant que les autres végètent.

La plupart des *déracinés* sont malheureusement des jeunes.

Dans les *familles pauvres*, en effet, la jeune fille qui abandonne son village pour devenir bonne à tout faire, ou femme de chambre, s'acclimate vite au milieu urbain et, après quelques années, elle considère le *retour aux champs* comme un véritable malheur. Pour l'éviter, elle reste célibataire et domestique, ou se marie en ville, et *cette émigration temporaire devient définitive*. De même, le jeune garçon qu'une exploitation agricole ne rattache point au sol natal, aspire, après sa libération du service militaire, à continuer le *train-train* régulier de la caserne.

« S'il ne reste pas soldat, écrit le commandant Manceau (1) c'est que les rigueurs de la discipline l'effarouchent..... mais il cherche à entrer en condition, à devenir domestique, cocher ou quelque chose d'analogue, c'est-à-dire à trouver une place où il ait des occupations régulières, calmes, rémunératrices, avec des avantages assurés, une nourriture convenable, et une dépense de forces modérée ».

La loi militaire de 1905, en favorisant les rengagements, a encore contribué à éloigner de la terre beaucoup de fils de nos paysans.

Nous avons recueilli quelques chiffres qui prouvent l'importance de cet exode des jeunes.

Sur 174 jeunes filles placées en ville comme bonnes entre 1901 et 1905, à l'heure actuelle, en 1912 :

8 sont décédées ;
76 sont revenues au village ;
53 sont établies en ville ;
37 restent domestiques.

Au total, le milieu urbain a donc soustrait au milieu rural 80 existences et 45 % *des émigrations temporaires se sont transformées en émigrations définitives*. Dans certaines localités, le mal atteint les proportions d'un véritable fléau ; ainsi, à Vieq, village de 767 habitants, nous avons pu compter 26 jeunes filles placées en ville comme domestiques : la moitié environ ne reviendront pas, et par suite ne pourront fonder des ménages agricoles.

---

(1) E. Manceau. Notre armée. Paris, Charpentier, 1901.

Des recherches analogues nous ont montré que sur 207 soldats libérés du service, au cours des cinq dernières années :

8 sont restés dans l'armée;
2 sont décédés ;
31 ont trouvé un emploi en ville ;
26 sont revenus à la campagne mais ont quitté le travail des champs ;

et 142 ont repris momentanément ou définitivement leurs occupations antérieures.

Au minimum, l'agriculture a donc perdu 65 travailleurs, c'est-à-dire *le tiers de ses bras les plus vigoureux.*

Dans les familles aisées, l'émigration des jeunes, pour être due à des motifs différents, n'en est pas moins intense.

Les jeunes filles complètent d'ordinaire leur éducation, par un séjour de deux ou trois années dans un établissement de la ville ; elles en sortent plus instruites et moins frustes, mais aussi plus éloignées du milieu rural. Si une dot, quelque minime qu'elle soit, leur permet de faire un choix entre les épouseurs, nul doute qu'elles ne préfèrent l'employé au cultivateur, le citadin au paysan.

Pour les jeunes garçons, la cause des départs est surtout l'ambition familiale qui pousse le propriétaire terrien à rêver pour son fils une place de fonctionnaire ou l'exercice d'une profession libérale. Il l'envoie « aux écoles », pour en faire « un Monsieur », espérant de bonne foi lui faire gravir ainsi un échelon social.

Peut-être s'éviterait-il bien des regrets et parfois bien des reproches, s'il était mieux renseigné sur l'étendue

des sacrifices nécessaires et sur les difficultés d'un avenir qu'il ne soupçonne point.

Si nous nous sommes étendu longuement sur le mécanisme de *cet exode rural*, c'est qu'il influe, de façon immédiate et inévitable, sur tous les autres éléments du mouvement démographique des campagnes ; en effet, en raison du départ des jeunes, se produit un accroissement progressif du nombre relatif des vieillards et par contre *une diminution rapide du nombre des naissances.* Dans certaines localités même, on arrive à cette constatation paradoxale, que *l'âge moyen de la vie augmente, là où l'on meurt le plus.* Au point de vue de la natalité, nous avons vu plus haut que son taux était de 15,9 pour la période 1906-1911 ; vingt ans auparavant pendant la période 1886-1891 il était de 21,1, et cette diminution énorme ne nous étonne pas, si l'on songe que sur *312 émigrants* des deux sexes, ayant quitté certaines communes agricoles de l'arrondissement et, pris au hasard dans le nombre total, *141 n'avaient pas dépassé trente ans.*

Aussi bien, d'autres facteurs interviennent encore pour restreindre *la natalité*, même chez ceux qui restent attachés au sol.

Diminution de la Natalité. — Nous avons recherché comment la natalité avait varié de la génération précédente, à la génération actuelle dans les mêmes familles. Dans ce but, nous avons interrogé des femmes ayant moins de quarante ans, chez lesquelles des conditions diverses rendaient une maternité nouvelle tout à fait

improbable : elles nous ont fourni les renseignements suivants :

218 femmes ont eu 451 enfants soit 2,06 enfants par femme.

Elles étaient issues de 196 femmes ayant eu 549 enfants soit 2,81 par femme.

Du rapprochement de ces résultats, il résulte, qu'en moyenne, *le nombre des enfants par femme mariée a baissé d'un tiers, de la génération précédente à la génération actuelle.*

Répartissons maintenant les ménages considérés par ordre de fécondité croissante, nous trouvons :

	Autrefois		Aujourd'hui	
	au total	p. 100	au total	p. 100
Ménages ayant 1 enfant	32	16,2	91	41,7
— 2 enfants. . . .	48	24,3	69	31,6
— 3 enfants. . . .	72	36,4	31	14,2
— 4 enfants. . . .	25	12,6	17	7,8
— 5 enfants et plus.	19	9,7	10	4,1
	196		218	

Ainsi donc, les ménages ayant un seul enfant sont 2,5 fois plus nombreux maintenant qu'autrefois, tandis que les ménages ayant 3 enfants sont 2,5 fois moins nombreux ; les familles de 4 enfants et plus deviennent une rareté et si l'agriculture manque de bras, c'est en partie parce que les foyers se dépeuplent.

S'agit-il là d'une dégénérescence de la race, entraînant une stérilité relative des mariages ?

Assurément non ! car, dès qu'il s'agit de stérilité véritable, les familles de paysans ne sont pas plus stériles que les autres.

Sur 2000 ménages pris au hasard, nous en avons trouvé seulement 312 sans enfant, soit 15,6 %, tandis qu'en France la moyenne est de 16,2 %.

Il s'agit donc plutôt d'une diminution des familles nombreuses, due à la restriction volontaire. Dans notre milieu rural, il est rare qu'on ne désire pas au moins un enfant ; on en accepte même volontiers deux, mais une troisième naissance est considérée trop souvent comme un accident regrettable. Notre enquête en ce sens, quoique forcément limitée, nous a apporté la conviction que, dans presque tous les cas, les troisièmes grossesses ne sont ni voulues ni prévues et sont, comme l'exprime la rude franchise du langage populaire, « le résultat d'un oubli ».

Cette mentalité n'est d'ailleurs spéciale ni à notre époque, ni à notre région. Dès le 13 avril 1672, Mme de Sévigné écrivait à Mme de Grignan, déjà mère de deux enfants : « Vous m'obéissez pour n'être point grosse, je vous en remercie de tout mon cœur ». Aujourd'hui, dans toute la France, la limitation du nombre des enfants est la règle, et la *fécondité* paraît inconvenante ou ridicule.

Il est difficile d'obtenir de nos paysans des explications nettes sur les motifs de cette stérilité relative.

La pauvreté, souvent invoquée, ne l'est pas toujours à juste titre puisque les cultivateurs aisés sont ceux qui reculent le plus devant les charges de la paternité. Les impossibilités organiques sont difficiles à vérifier. La crainte de fatiguer les femmes, par des maternités successives, semble puérile quand on songe aux travaux pénibles qui sont l'ordinaire apanage de nos pay-

sannes. Enfin, les difficultés qu'offre l'éducation des enfants à l'époque moderne n'est pas un prétexte suffisant à limiter leur nombre, car jamais l'enfance n'a été sans avoir besoin de conseils ou de réprimandes : au temps de La Fontaine, elle était déjà « sans pitié » et le vieil Homère ne parle-t-il pas de *l'âge difficile de l'enfance !*

Ni les préoccupations esthétiques de la femme, ni l'affinement de l'individu, ni la propagande néo-malthusienne, ni le souci du logement, n'interviennent pour provoquer une diminution de la natalité rurale.

Il faut chercher ailleurs :

« La terre et l'argent sont les deux passions du paysan ». Autrefois, avant l'invention des machines agricoles, une nombreuse progéniture contribuait à la prospérité du domaine que toutes les économies servaient à arrondir. Maintenant, le machinisme, en diminuant la main-d'œuvre, en rendant plus rapides les travaux des champs, a aussi diminué les inconvénients du manque de bras. Les enfants étant moins nécessaires, leur entretien paraît plus lourd : en avoir peu est une économie.

De même *les lois successorales* causent un lourd préjudice à *la natalité*, car le petit propriétaire rural n'est pas sans redouter le morcellement de son bien après sa mort. Ce domaine, pour lequel il a fait tant de sacrifices, il le voit d'avance émietté entre tous ses enfants, amoindri par les frais de partage, par les ventes à vil prix, par les procès possibles. Un seul moyen lui reste d'éviter cette œuvre destructrice due aux *dispositions égalitaires du Code civil* : c'est de n'avoir qu'un nombre restreint d'héritiers, *voilà pourquoi il n'en a qu'un.*

Il est enfin une dernière cause qui intervient au maximum pour restreindre la natalité : c'est *l'esprit de prévoyance familiale*. Les parents ont le désir naturel de voir leurs enfants mener une existence plus facile que la leur et, dans ce but, ils s'attachent moins à développer les capacités individuelles de leurs fils qu'à leur assurer un solide héritage. De ce souci, à la restriction volontaire des naissances, il n'y a qu'un pas.

Nous avons pu d'ailleurs constater, à l'appui de ces considérations, que *la moindre fécondité des familles aisées*, si fréquente à la ville, se retrouve à la campagne : qu'on en juge.

Les naissances se répartissent ainsi, suivant *l'état de fortune*, dans 581 familles sur lesquelles nous avons pu obtenir des renseignements certains.

31	familles	riches	ont	53	enfants,	soit	1.7	par famille.
224	—	aisées	—	462	—	—	2.06	—
113	—	pauvres	—	335	—	—	2.8	—
101	—	nécessiteuses	—	307	—	—	3	—
12	—	miséreuses	—	49	—	—	4	—

On voit, d'après ces chiffres, qu'en passant des familles riches aux familles miséreuses, le nombre des enfants passe du simple au triple et que ce même nombre augmente d'un tiers en passant des familles aisées aux familles nécessiteuses.

Dans toutes les régions agricoles de la France, il semble d'ailleurs qu'on pourrait aboutir à de semblables conclusions. La riche vallée de la Garonne, les plantureux herbages de la Normandie, les cantons les plus fertiles de la Limagne et de la Bresse ont une natalité

excessivement faible et, d'après Bertillon : *dans un pays donné, le nombre des naissances varierait en raison inverse du nombre des paysans propriétaires.*

Pour augmenter de façon appréciable la natalité rurale, il faudrait opérer une transformation complète des lois, des mœurs, et de la mentalité des paysans. A supposer même qu'elle fût possible, cette tâche ne pourrait être réalisée qu'au prix de beaucoup de temps et d'efforts ; par suite, au point de vue dépopulation, la lutte contre la mortalité infantile offre un champ d'action plus fertile, des résultats plus sûrs et plus immédiats.

La mortalité. — Il nous reste maintenant à étudier un dernier élément du mouvement démographique : c'est *la mortalité générale.*

On admet d'ordinaire que la *mortalité* est beaucoup moins considérable à la campagne qu'à la ville : on en donne pour raisons, la vigueur plus grande de la race, la vie à l'air libre, la nourriture plus saine, la rareté des maladies contagieuses et des excès de toute nature, la régularité et l'unité de l'existence.

Assurément, à ces divers points de vue, la campagne est favorisée, mais il n'en est pas moins vrai que l'écart entre la mortalité urbaine et la mortalité rurale est loin d'être aussi marqué qu'on le pense, ou qu'il pourrait être, et que sa valeur numérique tend à diminuer chaque jour.

D'après le Dr Gautrez (1), en France, vers 1851, les

(1) Dr Gautrez. — *Revue d'hygiène municipale*, avril 1908.

villes comptaient par 1000 habitants, 8 décès de plus que les campagnes. Vers 1901, la différence n'était plus que 2,3. En 1902 (1) même, elle est devenue négative : les mortalités urbaine et rurale ayant été respectivement de 19,1 et 19,7 décès pour 1000 habitants.

Or, dans notre arrondissement (2), les moyennes atteintes ont été 21 pour 1000 de 1901 à 1905 et 20,2 pour 1000 de 1906 à 1910, nous en avons déjà conclu que la région de Langres était une région à mortalité forte : il nous faut en rechercher les causes.

Remarquons d'abord que si *la natalité rurale a diminué dans de fortes proportions, la mortalité a subi une décroissance beaucoup plus restreinte* et cette anomalie s'explique d'un mot : *le manque d'hygiène individuelle, l'absence d'hygiène collective.*

Dès 1882, Layet (3) écrivait : « Si en certaines contrées, le paysan se nourrit mieux, se vêt mieux, se procure plus de confort et de distractions qu'autrefois : c'est surtout pour le bien-être que cela lui procure et le soin de sa santé y est pour peu de chose ».

Depuis trente ans, la situation ne s'est guère modifiée et, dans nos villages, l'appréciation de Layet conserve toute sa valeur. Le paysan a sur la propreté et l'hygiène ses idées à lui, il ne fait rien en général pour éviter la maladie ; frappé par elle, il se lamente et se soigne à peine; rétabli, il s'expose aux mêmes dangers et aux mêmes imprudences qu'aupara-

(1) Imbeaux et Rolants. — *Hygiène rurale.* Baillière 1908, p. 5.
(2) Voir plus haut, p. 53.
(3) Layet. — Loc. cit. préface p. 13.

vant, par fatalisme, ignorance ou routine. La mortalité rurale restera forte, tant que le paysan ne comprendra pas ce conseil des hygiénistes : « Si la nature est plus généreuse à la campagne, il est indispensable de se mettre dans les meilleures conditions pour qu'elle puisse être efficace et la considérer non pas comme une protectrice, mais comme une auxiliaire (1) ». C'est par ce moyen seulement que seront conservées de nombreuses existences adultes et c'est sur ce principe que devra se *baser la lutte contre la mortalité infantile.*

(1) Imbeaux et E. Roi ants. — Loc. cit., p. 244.

CHAPITRE III

ÉTUDE STATISTIQUE
de la
mortalité infantile dans l'arrondissement de Langres

Sommaire. — *La mortalité infantile dans 19 villages de l'arrondissement de Langres de 1700 à 1910.*

La mortalité infantile dans l'arrondissement de Langres pendant la période 1901-1910. — Mortalité infantile urbaine et rurale. Mortalité infantile par cantons, par villages et par années.

§ 1. — La mortalité infantile de 1700 à 1910

Avant d'aborder l'*étude statistique de la mortalité infantile dans l'arrondissement de Langres, pendant la période 1901-1910*, il nous a paru utile d'indiquer quelle était approximativement cette mortalité aux époques antérieures à la nôtre. Faute de temps, il nous

était impossible de faire porter nos recherches sur toutes les communes de l'arrondissement, mais, grâce aux registres des paroisses, nous avons pu obtenir des documents complets pour *19 villages de la région de Montigny-le-Roi*, ce qui nous a permis d'établir le tableau suivant :

Mortalité entre 0 et 1 an dans 19 villages de la région de Montigny-le-Roi à diverses époques

Périodes	Naissances	Décès de 0 à 1 an	Décès pour 1000 naissances
1691-1700	1641	285	173,6
1751-1760	1817	329	181
1801-1810	1583	289	182
1851-1860	1427	276	193
1901-1910	1098	193	175

De l'examen de ces chiffres, il résulte que la mortalité infantile dans la région considérée semble avoir atteint son maximum pendant la période 1850-1860, mais, à part cette augmentation passagère du nombre des décès, due surtout à l'épidémie de choléra de 1854 (1), on peut conclure que *le taux de la mortalité infantile ne s'est pas sensiblement abaissé dans nos communes rurales.*

Il n'en est plus de même, si l'on considère, à l'exemple des anciens auteurs, la mortalité entre 0 et 5 ans. En voici la preuve :

(1) Du 15 au 30 août 1854, le choléra a enlevé plus du dixième de la population des villages considérés.

Mortalité de 0 à 5 ans dans 19 villages de la région de Montigny-le-Roi à diverses époques

Périodes	Naissances	Décès de 0 à 5 ans	Décès pour 1000 naissances
1691-1700	1641	707	431
1751-1760	1817	861	473
1801-1810	1583	516	326
1851-1860	1427	480	342
1901-1910	1098	297	270

En deux siècles, la mortalité spéciale que nous envisageons a donc diminué de 161 décès de 0 à 5 ans pour 1000 naissances, et cette diminution est de même ordre que celle établie au début de ce travail d'après les chiffres de Messance.

Ces résultats contradictoires : stationnement de la mortalité infantile d'une part, abaissement marqué de la mortalité entre 0 et 5 ans d'autre part, peuvent être expliqués en partie. Autrefois, en effet, *l'allaitement maternel,* en honneur dans la population des campagnes, préservait l'existence de nombreux nourrissons, tandis que *les maladies contagieuses,* et surtout la variole, décimaient au contraire la population infantile.

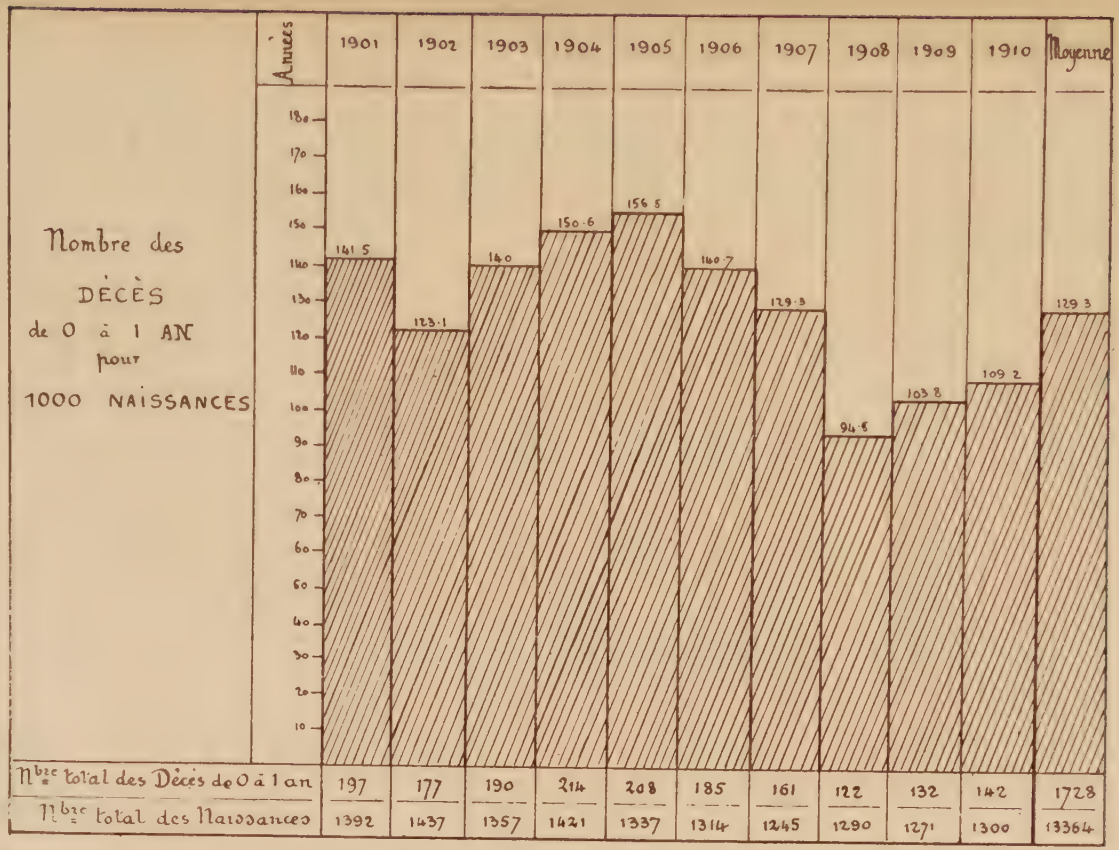
Aujourd'hui, les progrès de l'hygiène ont fait disparaître la variole et atténué la diffusion et la fréquence des épidémies, mais ils n'ont pu empêcher *l'alimentation au lait de vache* de se substituer peu à peu à l'*allaitement maternel.* Mieux protégés contre les maladies infectieuses, les nourrissons sont aujourd'hui plus exposés aux dangers d'une alimentation défectueuse et voilà pourquoi, à l'encontre du reste de la population infantile, ils ne bénéficient pas d'une mortalité moindre qu'autrefois.

§ 2. — Mortalité infantile dans l'arrondissement de Langres, pendant la période 1901-1910

Nous avons groupé les résultats obtenus dans le graphique ci-contre (graphique n° 1) qui représente les variations du taux de la mortalité infantile, au cours des dix dernières années.

Ce taux, très élevé (142 décès de 0 à 1 an pour 1000 naissances) pendant la période 1901-1905, n'est plus que de *115,5 pendant la période 1906-1910*, mais cette diminution est plutôt due, comme nous le rappellerons plus loin, à *la fraîcheur des derniers étés* qu'aux progrès de l'hygiène infantile. La moyenne des dix années consécutives pour tout l'arrondissement est de *129,3* et ce taux est quelque peu *inférieur à celui de la France pendant la même période (135,5)*. Le *milieu urbain* nous a donné 393 décès de 0 à 1 an pour 3.050 naissances, soit *128,8 pour 1000* et le *milieu rural* 1335 pour 10.314 soit *129,4 pour 1000 :* la différence qui sépare villes et campagnes est donc à peine sensible. Ceci tient surtout à ce que nos petites cités, avec leurs quelques milliers d'habitants ne souffrent pas de l'encombrement qui règne dans les agglomérations plus importantes : sans doute les bicoques vétustes et les logements insalubres s'y rencontrent en grand nombre (1), mais ces taudis sont rarement surpeuplés comme dans les grandes villes. De plus, l'absence d'industries impor-

(1) A ce point de vue, visiter à Langres le quartier de Sous-Murs, la rue Saint-Gengoulph, la rue du Petit-Cloître.



Mortalité infantile annuelle dans l'arrondissement de Langres pendant la période 1900-1910

Graphique nº 1.

tantes, restreignant le nombre relatif des *familles ouvrières*, atténue l'influence *du milieu où les nourrissons meurent le plus*.

Par contre, le *taux de la mortalité infantile* est loin de rester le même quand on passe d'un canton à l'autre, et, pour chacun d'eux, les résultats obtenus sont :

	Naissances	Décès de 0 à 1 an	Décès de 0 à 1 an pour 1000 N
	—	—	—
Canton de Montigny-le-Roi . .	1041	183	175,7
— Varennes	996	136	136,6
— Neuilly-l'Evêque .	1229	166	135
— Bourbonne-l.-Bains	2072	273	131,7
— Laferté-s.-Amance .	725	93	128,2
— Langres	2456	309	125,8
— Longeau	1536	193	125,6
— Fays-Billot	1607	191	118,8
— Prauthoy	1072	125	116,6
— Auberive	630	59	93,6
Moyenne générale			129,3

Nos dix cantons se répartissent en deux groupes : l'un situé à l'est de Langres, l'autre à l'ouest. Dans le premier, qui compte les deux cantons de Neuilly et Montigny-le-Roi, ainsi que les trois cantons viticoles de Varennes, Bourbonne-les-Bains et Laferté-sur-Amance, la mortalité infantile reste forte.

Dans le second, au contraire, qui, outre les cantons de Langres et de Fays-Billot, englobe la région forestière de l'arrondissement, la mortalité infantile est relativement faible. De la région de Montigny-le-Roi à la région d'Auberive, *son taux passe de 175,7 à 93,6* c'est-à-dire, approximativement, *du double au simple* et, fait curieux,

cette *diminution est graduelle en allant de l'Est à l'Ouest.*

Enfin, dans les localités importantes de chaque canton, les décès de 0 à 1 an se répartissent ainsi :

Mortalité infantile dans les localités importantes de l'arrondissement de Langres

Villages	Population	Naissances	Décès de 0 à 1 an	Mortalité inf p' 1000 n.
Canton de Montigny-le-Roi				
Fresnoy	402	59	18	305
Meuse	220	50	13	260
Dammartin	578	74	17	229.7
Montigny	976	200	37	185
Chauffourt	391	89	16	179
Sarrey	517	198	13	65.6
Provenchères	503	129	16	124
Canton de Varennes				
Coiffy-le-Bas	502	66	12	181.8
Hortes	890	168	28	166
Vicq	767	95	15	157
Marcilly	567	98	12	122.4
Varennes	813	107	12	112
Arbigny	435	74	7	94.5
Canton de Neuilly				
Charmes	418	42	8	190.4
Dampierre	637	90	15	166.6
Neuilly	1 025	192	31	161
Bannes	498	72	11	152
Rolampont	1.215	243	28	115
Canton de Bourbonne-les-Bains				
Villars	420	73	13	178
Parnot	578	100	17	170
Serqueux	1.116	226	37	163.7
Bourbonne	4.021	764	113	147.9
Melay	1.246	230	25	108
Damremont	632	113	6	53

Villages	Population	Naissances	Décès de 0 à 1 an	Mortalité inf. p' 1000 n.
Canton de Laferté-sur-Amance				
Maizières.	338	52	11	211
Voisey	1.207	197	28	142
Pierrefaites.	374	58	7	120.7
Laferté.	457	54	6	111.1
Anrosey	455	83	4	48.1
Canton de Langres				
Saint-Geosmes . . .	609	57	15	263
Humes.	460	81	15	185
Marac	283	47	8	170
Langres	9.803	1.426	178	124.8
Culmont	431	72	8	111
Balesme	343	66	4	66.6
Champigny.	380	98	6	61.2
Canton de Longeau				
Villegusien	476	132	25	189.6
Heuilley-le-Grand .	364	58	9	155.1
Cohons.	388	58	7	122.4
Chalindrey.	2.043	501	58	117
Heuilley-Coton . . .	380	77	8	103.8
Longeau	346	47	4	85
Canton de Fays-Billot				
Grenant	413	74	13	175.6
Poinson-les-Fays . .	411	67	10	149
Fays-Billot.	2.154	359	44	122.5
Rosoy	468	95	11	115
Bussières.	1.291	225	17	75.5
Canton de Prauthoy				
Esnoms	518	55	9	163
Chassigny	443	67	11	161
Rivière-les-Fosses .	460	75	7	93.3
Vaux-sous-Aubigny .	439	86	8	93
Prauthoy.	594	86	5	58.1
Canton d'Auberive				
Giey-sur-Aujon. . .	343	47	9	191
Rouvres	323	50	5	100
Auberive.	708	94	6	63.8

La valeur de ces résultats n'est pas absolue, car, dans certains villages, tout au moins, ils sont basés sur un nombre restreint de cas, ils suffisent néanmoins à nous montrer quelles variations subit la mortalité infantile quand on se déplace de quelques kilomètres à peine. Nous verrons ultérieurement comment certaines particularités permettent d'expliquer la plupart de ces fluctuations et si quelques lacunes subsistent, leur importance est relativement faible ; l'essentiel est de dégager les causes de la mortalité infantile dans toute une région plutôt que dans tel ou tel village et c'est à cette recherche que sont consacrées les pages qui suivent.

DEUXIÈME PARTIE

Les Causes de la Mortalité infantile

Les causes possibles de la mortalité infantile forment un ensemble très complexe. L'existence du nourrisson est physiologiquement fragile et il faut admettre que la première année sera toujours frappée d'une dîme mortuaire plus lourde que celle des autres périodes de la vie ; mais, en dehors de cet inévitable tribut, combien de décès dus à l'ignorance, la négligence ou la misère pourraient être facilement évités.

Dès la fin du XVIII[e] siècle, J.-J. Rousseau écrivait : « Si l'on exposait aux yeux du public le catalogue des enfants qui périssent annuellement victimes de l'art seul, il n'y aurait personne qui n'en fût épouvanté » (1).

(1) J.-J. Rousseau. — Correspondance.

Aujourd'hui encore, cette constatation reste vraie et, si les maladies sont la cause immédiate de la mortalité infantile, beaucoup d'autres facteurs interviennent pour préparer leur éclosion ou aggraver leurs effets. Les uns ressortissent des conditions de la vie familiale, les autres sont plutôt en rapport avec les nécessités de la vie sociale, mais tous s'unissent pour dépeupler les berceaux et il est souvent impossible de déterminer leur influence relative. Ceci nous montre combien est difficile le choix d'une classification qui ne soit point artificielle entre tous ces éléments dont la nature sans doute est diverse, mais dont les actions s'ajoutent et se confondent.

Aussi, pour éviter un tel écueil, après avoir étudié les facteurs morbides de la mortalité infantile, nous avons esquissé le cadre où se déroule actuellement l'existence de l'enfant de nos campagnes et nous avons essayé d'établir quelles influences s'exercent successivement sur lui : avant, pendant, et après sa naissance.

CHAPITRE PREMIER

LES FACTEURS MORBIDES
de la mortalité infantile

Sommaire. — *Débilité congénitale.* — Mortalité infantile par âge. Fréquence de la débilité congénitale. Ses effets. Impossibilité d'élever les débiles. Mortinatalité, ses variations et ses causes.

Les troubles digestifs. —Evaluation numérique de leur influence. Variations suivant l'âge de l'enfant, suivant la température, suivant les mois de l'année.

Les affections broncho-pulmonaires. — Evaluation numérique de leur influence. Action du climat, des saisons, de l'altitude

Les maladies héréditaires et contagieuses. — Tuberculose et syphilis. Alcoolisme. Fièvres éruptives.

Comparaison entre les milieux rural, urbain et ouvrier.

§ 1. — Mortalité infantile par débilité congénitale

Mortalité par âge. — Tous les auteurs s'accordent à attribuer aux premiers mois de la vie et particulièrement

aux premières semaines, une mortalité élevée qui décroît ensuite graduellement, jusqu'à la fin de la première année. D'après les statistiques de la *Commission de dépopulation*, sur 148.942 enfants de moins d'un an décédés en 1895, 52.452, soit 35,2 %, sont morts au cours de leur premier mois d'existence et les moyennes établies pour la période décennale (1891-1900), accusent une mortalité infantile de 164 décès de 0 à 1 an pour 1000 naissances, répartis ainsi par rapport à l'âge des décédés.

Mortalité infantile suivant l'âge

Nombre de décès	de 0	à 1 an	pour 1000	naissances	164
— —	de 0 jour	à 14 jours	—	—	38
— —	de 15 —	à 30 —	—	—	19
— —	de 1 mois	à 2 mois	—	—	37
— —	de 3 —	à 6 —	—	—	31
— —	de 6 —	à 1 an	—	—	39

Si par un calcul simple, nous ramenons ces résultats à une base de 1000 décès de 0 à 1 an, nous obtenons :

Pour 1000 décès de 0 à 1 an

231	décès pendant	les quinze premiers jours.
115,8	— —	la seconde quinzaine.
346,8	— —	le 1er mois.
225	— —	le 2e mois.
189	— —	les 3e, 4e, 5e et 6e mois.
237,8	— —	les 6 derniers mois.

ce qui peut se traduire par cette formule simple :

La mortalité totale des quinze premiers jours de la vie est : le double de celle de la seconde quinzaine, le tiers de

celle du premier mois : elle est égale à celle du deuxième mois et à celle du second semestre.

Ou encore :

La mortalité moyenne (1) *des quinze premiers jours de la vie est : le double de celle de la seconde quinzaine, une fois et demie celle du premier mois, le double de celle du deuxième mois et plus de dix fois celle du second semestre.*

Pour l'arrondissement de Langres, nos recherches nous ont permis de classer ainsi les 1728 décès de 0 à 1 an survenus de 1901 à 1910 :

Répartition des décès de 0 à 1 an d'après l'âge des enfants

Nombre total des décès de 0 à 1 an : 1728.

De 0 à 4 jours	228 décès				
De 5 à 9 —	121 —				
De 10 à 14 —	111 —				
De 0 à 14 —	460 —	soit 270 décès	pour 1000 décès	de 0 à 1 an.	
De 15 à 30 —	199 —	soit 117	—	—	
1er mois	659 —	soit 387	—	—	
2e —	211 —	soit 124	—	—	
3e —	126 —				
4e —	112 —	soit 219	—	—	
5e —	90 —				
6e —	70 —				
7e —	85 —				
8e —	58 —				
9e —	56 —				
10e —	44 —				
11e —	58 —				
12e —	159 —	soit 93	—	—	
2e semestre	460 —	soit 270	—	—	

(1) Mortalité moyenne = mortalité rapportée à un même espace de temps.

D'où la formule suivante, applicable à l'*arrondissement de Langres* :

La mortalité *moyenne* des quinze premiers jours de la vie est : 2,3 fois celle de la seconde quinzaine, 1,4 fois celle du premier mois, 4,3 fois celle du deuxième mois et 12 fois celle du second semestre.

Cette formule est comparable dans son ensemble à celle que nous avons établie pour la France entière, elle s'en distingue seulement par les points suivants :

1° *Légère augmentation de la mortalité pendant les quinze premiers jours ;*

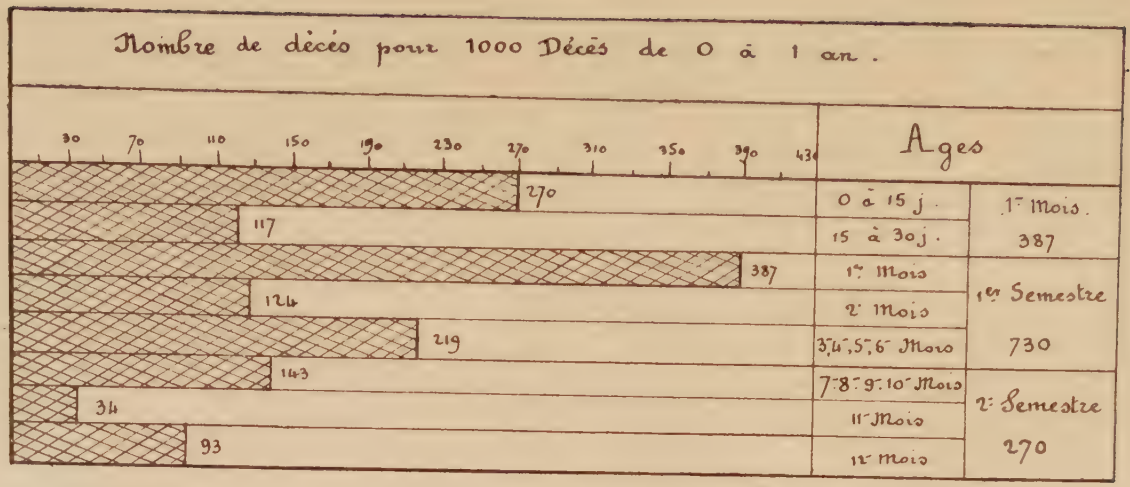
2° *Forte diminution de la mortalité du deuxième mois ;*

3° *Augmentation de la mortalité des onzième et douzième mois.*

Le graphique numéro 2 résume ces constatations.

Les décès du premier mois sont surtout nombreux dans les cantons de Montigny-le-Roi, Varennes et Neuilly-l'Evêque où les chiffres atteints sont respectivement 148, 401 et 397 pour 1000 décès de 0 à 1 an : ce fait contribue à expliquer pourquoi ces trois cantons présentent la mortalité infantile la plus élevée. Dans le canton de Fays-Billot, il est vrai, la mortalité du premier mois s'exprime par 551 pour 1000, mais elle n'atteint ce taux que grâce aux communes de Bussières-les-Belmont, Poinson-les-Fays et Grenant, peuplées en partie de vanniers et de carriers, et grevées de 24 décès du premier mois pour 40 décès de 0 à 1 an.

Pourquoi nos campagnes présentent-elles cette *surmortalité au début et à la fin de la première année* ? La statistique est muette sur ce point, toutefois notre en-



Répartition des décès de 0 à 1 an d'après l'âge des décédés

Graphique n° 2

quête dans les familles nous permet de penser qu'il faut voir là une conséquence des difficultés de l'élevage des enfants débiles d'une part, et du manque de précautions lors du sevrage d'autre part.

Mortalité par débilité congénitale. — Si le premier mois est très meurtrier pour l'enfance, il le doit surtout à ce facteur morbide qu'on a appelé la *débilité congénitale*. La plupart des enfants débiles sont des *prématurés* ou des *malades par hérédité* et l'*infériorité de leur poids à la naissance* est le signe caractéristique qui permet de les reconnaître : plus ils pèsent, plus leurs chances de survie sont grandes. Cette règle cependant souffre des exceptions. Ainsi des parents de petite taille peuvent engendrer des enfants de poids inférieur à la moyenne, cependant parfaitement constitués et vigoureux ; de même, tel prématuré déjà lourd, mais atteint d'une tare morbide héréditaire, succombe malgré les soins les plus minutieux tandis que tel autre, de poids moindre, mais sain, est d'un élevage relativement facile. Au point de vue pronostic de survie, il importe donc de distinguer parmi les *débiles prématurés ou à terme* ceux qui sont *nés de parents sains* et ceux qui ont *une hérédité pathologique chargée :* les premiers sont surtout des *chétifs*, les seconds sont déjà des *malades*. Cette distinction admise, la notion de l'infériorité de poids intervient pour indiquer, dans chacun des deux groupes séparément, le degré de la *faiblesse congénitale*.

A la campagne, malheureusement, faute de matériel et faute d'habitude, il est rare que l'on pèse les enfants nouveau-nés. Aussitôt la première toilette faite, on les

emmaillote et on les soupèse mais, les révélations de la balance n'étant pas à craindre, l'illusion des parents et la diplomatie des sages-femmes font que dans chaque maison naît l'enfant le plus fort et le plus lourd.

Établir une statistique d'après les affirmations des mères est donc chose impossible. Toutefois, 185 enfants nés à terme, à la campagne, sur lesquels nous avons pu obtenir des renseignements numériques exacts, ont fourni un poids moyen à la naissance de 3 k. 307, chiffre sensiblement égal à la moyenne de 3 k. 250 adoptée par la plupart des auteurs.

D'après Variot (1) c'est au-dessous de 2 k. 500 que commence pratiquement la débilité congénitale avec tous ses risques, or, de l'opinion des sages-femmes (2), ce minimum de poids est très rarement atteint dans l'arrondissement par *les nouveau-nés à terme*, on nous en a cité à peine une dizaine de cas, d'ailleurs tous, sauf un, suivis de mort au cours de la première quinzaine.

Nos *débiles* seraient donc presque tous des *prématurés*. La fréquence des *accouchements avant terme* est variable avec les régions, peu considérable : 4 à 6 %, aux environs de Langres, Bourbonne-les-Bains et Auberive, elle atteint 26 % dans les cantons de « grosse culture » (3) : Neuilly et Montigny. Là, en effet, parmi les femmes interrogées, 176 ont pu nous donner des renseignements exacts qui se résument ainsi :

---

(1) Variot. *Traité d'hygiène infantile*. Paris, Doin éditeurs 1910, p. 62.

(2) Nous donnons cette opinion pour ce qu'elle vaut, car sur ce point nous n'avions aucun moyen de contrôle.

(3) Expression locale désignant la culture des céréales.

Nombre total d'accouchements . .	391
Accouchements à terme.	289
Accouchements avant terme. . . .	102
dont :	
Au cours du 7e mois	7
» 8e mois	18
» 9e mois	80

soit une proportion de *26 accouchements prématurés sur 100 accouchements et de 78 accouchements au 9e mois sur 100 accouchements prématurés.*

Les résultats fournis par les statistiques des Maternités sont bien supérieurs aux nôtres. A Nancy, du 1er janvier au 31 décembre 1906, le docteur Spire (1) compte 259 accouchements prématurés sur 676 accouchements, soit en moyenne 38,3 % (2), mais dans ce taux, la part du 9e mois est seulement 66 %.

Accouchements prématurés moins fréquents en totalité, mais relativement plus fréquents au 9e mois, telle est donc la formule applicable à notre milieu rural.

De ces constatations diverses, il résulte que dans l'arrondissement, les débiles (moins de 2.500 gr.) sont en nombre relativement faible, tant parmi les nouveaunés à terme que parmi les prématurés.

Mais s'il y en a peu, *presque tous meurent*, car la mise

---

(1) Docteur A. Spire. Considérations sur l'accouchement prématuré et ses causes basées sur une statistique de la Maternité de Nancy. *Revue médicale de l'Est*, 1er juin 1907, p. 326.

(2) Il faut tenir compte cependant que ces chiffres concernent un milieu spécial, les femmes menacées d'accouchement prématuré, trouvant à la Maternité tous les soins nécessaires, y viennent en grand nombre.

en pratique des soins qui leur sont nécessaires est irréalisable à la campagne. Les couveuses, les bains chauds, le gavage nasal à l'aide de la cuiller à couvercle et à tube terminal préconisée par M. le professeur Hergott, l'emploi de la gaveuse de Budin ou de la sonde de Tarnier, les pesées quotidiennes, constituent pour la plupart de nos paysannes un luxe de précautions dont elles n'ont aucune idée. A supposer même qu'on leur fit comprendre l'absolue nécessité de ces soins, il faudrait encore en diriger la minutieuse application par une surveillance étroite et continuelle ; or, ni médecins, ni sages-femmes, en raison des exigences professionnelles, ne peuvent assumer ce rôle. Aussi, dans la pratique, on se contente d'envelopper les membres, le tronc et la tête du nouveau-né débile, d'une feuille d'ouate, on place à côté de lui deux ou trois « boules » d'eau chaude et, s'il est trop faible pour téter, on l'alimente simplement avec une cuiller à café, toujours sans contrôle et souvent sans régularité. Assurément, ces procédés rudimentaires pourraient permettre de sauver, *pendant la bonne saison*, des nouveau-nés très voisins du terme et confiés à des mains expérimentées ; mais, d'une manière générale, et nous insistons sur ce fait, tel n'est pas le cas à la campagne : aussi les résultats sont-ils nettement défavorables.

Parmi nos 102 prématurés, 31 seulement ont franchi le cap de la 1re année et le tableau suivant résume la répartition des 71 décès survenus, suivant les catégories d'enfants d'une part et l'âge atteint par chacun de ceux-ci d'autre part.

Mortalité des nouveau-nés prématurés

Nombre d'enfants		Nombre de décès	Décès par âge	
4	nés au cours du 7e mois	4	0 à 4 jours . . .	24
18	» 8e mois	14	0 à 14 jours. .	45
80	» 9e mois	53	1er mois. . . .	52
102		71	2e mois. . . .	5
			2e au 12e mois.	14

Ainsi, 71 %, environ des prématurés succombent entre 0 et 1 an et, parmi les décès, 45 sur 71, soit 63 % surviennent avant la fin de la première quinzaine. De plus, les prématurés nés au cours du 9e mois sont presque les seuls à pouvoir survivre. Ces moyennes sont considérables si on les compare à celles que fournissent les cliniques : 59,7 décès de 0 à 1 an pour 100 débiles à la *Maternité de Paris* de 1895 à 1897 (1) ; 20,9 seulement à la *clinique Tarnier* (2) du 1er mars 1898 au 31 décembre 1901 ; 11,55 % à la Charité.

A la Maternité de Nancy, parmi les 259 prématurés nés en 1906, 28 sont morts durant leur séjour soit 10,8 % (3).

Ce chiffre, qui représente sensiblement la mortalité moyenne des dix premiers jours, s'élèverait dans nos campagnes à 37 %.

Si donc, la *débilité congénitale* est un facteur morbide moins souvent rencontré chez l'enfant du paysan que

(1) Anderodias. Le nouveau-né et le nourrisson. La pratique des maladies des enfants. Tome I, page 357.

(2) Budin. La mortalité infantile de 0 à 1 an. *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, 1er avril 1903.

(3) Docteur A. Spire, loc. cit., p. 331.

parmi les nouveau-nés des villes, elle frappe par contre à coup sûr et, par expérience, les nouveau-nés chétifs grêles, d'aspect vieillot, véritables *caricatures d'enfants*, sont considérés à la campagne comme voués à une mort inévitable.

En raison de cette particularité, la *débilité congénitale* doit garder une influence assez marquée sur notre mortalité infantile rurale mais il est à peu près impossible de déterminer numériquement l'influence de ce facteur morbide, car, aussi bien dans les *bulletins de décès* que dans les renseignements fournis par l'enquête, *tous les décès, de cause mal définie, survenus au cours des premières semaines de l'existence, sont attribués à cette débilité congénitale.*

Nous pouvons ici toutefois, pour conclure, faire une utile comparaison entre le *milieu urbain* et le *milieu rural*. Dans les villes, dans les agglomérations ouvrières, la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, les tares pathologiques diverses des parents, augmentent considérablement le nombre des *nouveau-nés débiles* et font ranger la plupart d'entre eux dans la catégorie des *malades*. Dans nos petites villes, et dans nos campagnes, où la race est en général plus robuste et plus saine, les *débiles* sont au contraire surtout des *chétifs*. Cependant ceux-ci meurent plus que ceux-là ; la raison en est que les grands centres sont pourvus de *consultations gratuites*, de *dispensaires*, d'*hôpitaux*, de *maternités*, où la mère et l'enfant reçoivent des conseils et des soins éclairés, tandis que les campagnes sont privées de toute organisation semblable. *L'élevage raisonné des débiles* est chose impossible chez le paysan ; il ne reste donc qu'un moyen

de pallier les effets de la *débilité congénitale :* c'est de diminuer sa fréquence par la *puériculture antenatale* qui elle, nous le verrons, reste presque partout possible.

Mortinatalité. — A l'étude de la débilité congénitale, se rattache étroitement celle de la *mortinatalité.* Il n'existe guère entre le débile et le mort-né qu'une *différence de degré* et encore, cette différence serait-elle parfois inappréciable, si les quelques heures ou quelques jours de *vie extra-utérine* accordés au débile, n'établissaient une ligne de démarcation nette entre ces deux êtres. Aussi bien, les accouchements dystociques mis à part, les mêmes facteurs produisent tantôt la *mortinatalité,* tantôt la *débilité congénitale,* ce sont : les tares héréditaires, les grossesses pathologiques et le surmenage de la mère. Logiquement, la *mortinatalité* doit donc varier parallèlement avec la débilité congénitale et, de la fréquence de l'une, on doit pouvoir conclure à la fréquence de l'autre. Or les registres de l'Etat civil donnent pour l'arrondissement de Langres, pendant la période 1900-1910, les résultats suivants : sur 13.896 naissances, mort-nés compris, il y a eu 532 mort-nés, c'est-à-dire 38,2 mort-nés pour 1.000 naissances, mort-nés compris. Dans la population urbaine (Langres, Bourbonne, Fays-Billot, Chalindrey), cette moyenne s'élève à 51.6 pour 1.000 (166 mort-nés pour 3.216 naissances, mort-nés compris) ; dans la population rurale elle s'abaisse au contraire à 34,2 pour 1.000 (366 mort-nés pour 10.680 naissances, mort-nés compris).

D'après les statistiques officielles (1), en France, on a

(1) Les chiffres qui ont servi de base à ce calcul se trouvent au *Journal officiel*, loc. cit.

compté pendant les quatre dernières années 3.255.773 naissances, mort-nés compris, et parmi elles 145.765 mort-nés, soit donc 44,7 mort-nés pour 1.000 naissances, mort-nés compris.

La mortinatalité de notre arrondissement reste donc inférieure à celle observée en France, et d'après nos constatations seul le milieu exclusivement rural, contribuerait à créer cette situation favorable.

Il y a moins de mort-nés à la campagne qu'à la ville et il semble que ce ne soit pas là une particularité régionale puisque les enquêtes de Bertillon (1), Layet (2), Drouineau aboutissent aux mêmes conclusions.

Quelles sont les causes de cette *mortinatalité rurale* ?

Suivant les différentes communes, elle varie dans des proportions énormes : qu'on en juge par le tableau suivant dans lequel nous avons groupé les villages les plus favorisés et aussi les villages les plus frappés.

Variations de la mortinatalité suivant les communes

Villages à forte mortinatalité

Villages	Mort-nés	Naissances + mort-nés	Moyennes p. 1.000
Ravennefontaines . .	7	35	200
Musseau.	4	26	153
Saint-Martin.	4	27	148
Culmont.	8	80	100
Aprey.	6	66	99,9
Cusey.	7	75	93,3
Langres.	103	1.529	67,3
Dampierre.	6	96	62,5
Longeau.	3	50	60
Neuilly	11	203	54,1
Fays-Billot	20	379	52,7

(1) Bertillon. Encyclopédie d'hygiène, t. I, p. 223.

(2) Layet. Hygiène et maladies des paysans. Paris, G. Masson 1882, p. 485.

Villages à faible mortinatalité

Villages	Mort-nés	Naissances + mort-nés	Moyennes p. 1.000
Champigny	3	101	29,7
Chalindrey	14	515	26,9
Humes	2	83	24
Provenchères	3	132	22,7
Bussières	3	228	13,1
Dammartin	1	75	12,6
Hortes	2	170	11,7
Rosoy	1	96	10,4
Sarrey	1	199	5

Ainsi donc *la mortinatalité* passe de 7 35e à Ravennefontaines, à 1/199e à Sarrey. — A Ravennefontaines, Culmont, Aprey, Cusey et Dampierre, les mort-nés de ces dix dernières années se succèdent presque tous dans les mêmes familles ; à Langres, par contre, 23 mort-nés seulement sur 103 sont placés dans les mêmes conditions, à Fays-Billot 4, à Chalindrey 3.

Nous avons pu faire une enquête *dans 14 familles* ainsi éprouvées ayant présenté en *10 ans 39 mort-nés*, et nous avons rencontré :

Dans 5 familles la syphilis avouée ou certaine.
— 2 — — soupçonnée.
— 3 — des accouchements dystociques.
— 1 — une mère diabétique.
— 2 — aucune cause connue.

Nous avons complété ces renseignements par l'étude de *104 cas isolés de mortinatalité* et nous avons trouvé comme facteurs étiologiques (1).

(1) Nous n'avons pas établi de distinction entre les mort-nés à terme et les mort-nés prématurés.

Dans	19	cas la syphilis certaine.
—	11	— — soupçonnée.
—	1	— le diabète de la mère.
—	4	— l'albuminurie.
—	2	— le saturnisme.
—	4	— l'alcoolisme.
—	21	— des accouchements dystociques.
—	12	— des traumatismes violents au cours de la grossesse.
—	14	— un surmenage de la mère durant les derniers mois de la grossesse.
—	16	— aucune cause inconnue.
	104	.

Ainsi donc, d'après les résultats de ces recherches, les *causes principales de la mortinatatité rurale seraient la syphilis, les accouchements dystociques, les traumatismes et le surmenage des mères pendant la grossesse.*

L'influence de la *spécificité* est incontestable et il nous suffira de démontrer plus loin qu'elle n'est pas un mythe à la campagne ; de même, l'examen des conditions dans lesquelles se font la plupart des accouchements, nous expliquera l'importance de la *dystocie* comme facteur de mortinatalité. Pour les *traumatismes et le surmenage*, la statistique confirme les résultats de l'enquête, puisque chez les cultivateurs la *mortinatalité est maximum* pendant les mois d'été consacrés aux gros travaux des champs, bien qu'à ce moment la *natalité soit au contraire minimum.*

En voici la preuve :

De 1900 à 1910, les familles de cultivateurs de l'arrondissement de Langres ont présenté 253 mort-nés ; en groupant ces cas suivants les divers mois de l'année,

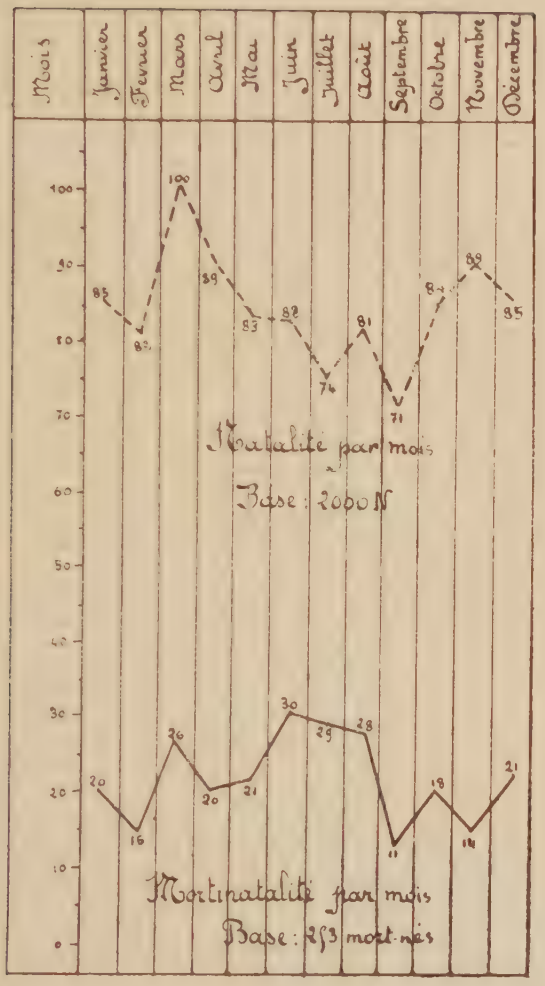
et en faisant la même répartition pour 2.000 naissances prises dans le même milieu, nous avons établi le graphique ci-contre (Graphique n° 3), où s'accuse *en juin, juillet et août la mortinatalité maximum.*

L'étude de la *mortinatalité suivant la profession des parents* peut donner lieu à des constatations semblables et le graphique n° 4 montre que la *mortinatalité rurale varie en raison inverse de l'aisance des familles.* Quand les mères sont surmenées et placées dans de mauvaises conditions d'hygiène pendant leurs grossesses la vitalité des fœtus est compromise et ceci est particulièrement vrai pour le milieu ouvrier, déjà si éprouvé par les tares héréditaires. *L'alcoolisme* enfin semble avoir sa part de responsabilité dans l'étiologie de la mortinatalité ; celle-ci est en effet fréquente dans les *familles de vignerons* (44 p. 1.000) et dans les *régions viticoles* (37,9 pour 1.000) où vin et eaux-de-vie sont consommés en plus grande quantité qu'ailleurs. A ce point de vue, nous avons établi la statistique suivante :

Mortinatalité suivant les régions

Régions	Nombre de villages	Naissances mort-nés compris	Mort-nés	Moyennes pour 1.000 N.
Viticole. . .	10	1.238	47	37,9
Agricole . .	12	862	30	34,8
Forestière .	11	471	14	32

D'après ces moyennes, la région forestière, déjà épargnée en partie par la mortalité infantile, présente encore un taux inférieur de mortinatalité et les résultats observés pourraient être encore plus favorables si dans les campagnes on combattait la syphilis, on pra-



Comparaison entre la natalité et la mortinatalité mensuelles chez les cultivateurs

Graphique n° 3

Influence de la profession des parents sur la mortinatalité

Graphique n° 4

tiquait l'hygiène des femmes enceintes et si les parturientes bénéficiaient de soins plus précoces sinon plus éclairés.

§ 2. Mortalité par troubles digestifs

Parmi les causes de la *mortalité infantile*, le rôle le plus important appartient, sans contredit, aux *troubles digestifs*. Sous cette dénomination nous comprendrons : les gastro-entérites et les dyspepsies, d'évolution et de caractères cliniques variables, qui entravent si fréquemment le développement normal des nourrissons. Toutes ces affections relèvent en général d'une même cause : la *mauvaise alimentation*, toutes attirent l'attention des mères par un même symptôme : *les modifications dans l'aspect des selles*, toutes enfin retentissent gravement à une échéance plus ou moins tardive sur l'état général des petits malades, et ces caractères communs permettent de les ranger sous la même rubrique : *troubles digestifs*.

Pour déterminer l'influence proportionnelle de ce facteur morbide dans notre milieu rural, nous avons utilisé des documents puisés aux trois sources indiquées plus haut.

Sur 191 bulletins de décès concernant des enfants de 0 à 1 an, 107 attribuent la mort à des affections intestinales, et comme nous avons écarté tous les bulletins portant en suscription, soit : faiblesse congénitale, soit cause inconnue ; ces chiffres expriment que : *sur 100 décès de 0 à 1 an, de causes connues autres que la débilité congénitale, 56 sont dus à des troubles digestifs.*

D'autre part, sur les 376 décès dont notre enquête nous a révélé la cause, 241 nous ont paru relever du même facteur morbide, soit : *64 %*.

Enfin, de l'opinion émise par divers médecins et sages-femmes, il résulterait que la mortalité, due aux affections intestinales, serait environ la moitié de la mortalité infantile totale. Cette appréciation concorde sensiblement avec nos résultats statistiques et, si elle est un peu plus faible, c'est uniquement en raison de la réserve que nous avons faite touchant les décès par débilité congénitale.

Nous sommes donc autorisés à conclure que : *sur 100 décès, de causes connues autres que la débilité congénitale, le nombre de ceux qui sont dus à des troubles digestifs varie entre 50 et 60.*

C'est là une moyenne élevée. En effet, si par un calcul simple, nous tirons des chiffres fournis par MM. Balestre et Gilletta de Saint Joseph (1) une moyenne de signification équivalente, nous obtenons, pour l'ensemble des villes de France ayant plus de 30.000 habitants, le chiffre de 48 p. 100 et par surcroît ces auteurs ajoutent (2) :

« Nous ferons remarquer que la vie simple des communes agricoles place l'enfant dans un contact plus continu avec la mère, que l'allaitement maternel est prolongé, l'allaitement artificiel moins pratiqué et

---

(1) Balestre et Gilletta de Saint-Joseph. Etude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France. Paris, Doin. 1901, p. 27, tableau XVI.

(2) Balestre et Gilletta. Loc. cit. page 34.

toutes ces considérations nous font penser que la mortalité par diarrhée est plus faible dans les petites localités que dans les grands centres ».

Cette assertion est loin d'être vérifiée partout : les résultats de nos recherches locales sont en contradiction avec elle, et il en est de même des conclusions établies par le Dr Mathieu à Sainte-Menehould (1), par le Dr Peduran (2) dans les campagnes du Tarn-et-Garonne, par le Dr Alamelle dans les Basses-Alpes, par le Dr Vidalin dans la Corrèze, par le Dr Foucaut en Normandie.

Dans notre arrondissement, en particulier, l'allaitement au sein prolongé est loin d'être la règle et, en étudiant la question de l'alimentation du nourrisson dans notre milieu rural, nous verrons comment les pratiques en usage suffisent à expliquer les chiffres établis ci-dessus.

A quel âge, se manifeste l'influence maximum de cette alimentation défectueuse ?

Si nous répartissons nos 348 décès (107 + 241) dus

---

(1) Dr Mathieu. — La natalité et la mortalité infantile à Sainte-Menehould. Sainte-Menehould. Imprimerie du Progrès 1907, p. 9.

(2) Cf. Dr Peduran. — Des différents modes d'allaitement dans le Tarn-et-Garonne. Th. de Paris 1905

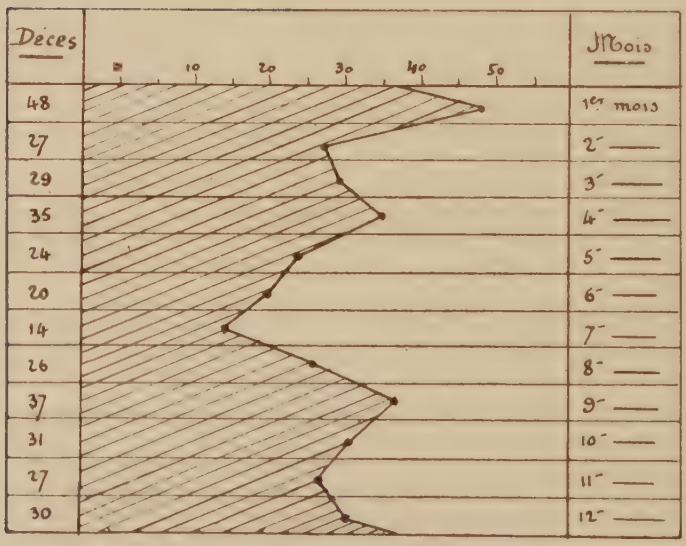
— Dr Alamelle. — Causes et prophylaxie de la mortalité des enfants mis en nourrice dans le département des Basses-Alpes. Thèse de Montpellier 1905.

— Dr Vidalin. — La mortalité et les conditions d'hygiène des nourrissons dans la Corrèze. Thèse de Paris, 1904.

— Dr Foucaut. — La gastro-entérite du nourrisson dans les campagnes de Normandie. Thèse de Paris 1904.

à des troubles digestifs, suivant l'âge des décédés, nous trouvons (graphique n° 5) :

Au cours du 1er mois	48	décès
2e mois	27	—
3e mois	29	—
4e mois	35	—
5e mois	24	—
6e mois	20	—
7e mois	14	—
8e mois	26	—
9e mois	37	—
10e mois	31	—
11e mois	27	—
12e mois	30	—
	348	décès



Mortalité par troubles digestifs
Répartition des décès d'après l'âge des décédés
Graphique n° 5.

La courbe qui reproduit graphiquement ces résultats, présente quatre maxima très nets : aux 1er, 4e, 9e et 12e mois ; or, dans nos campagnes, l'allaitement maternel cesse fréquemment au cours du second trimestre ; l'alimentation prématurée est la règle ; à partir du 8e mois, le sevrage définitif enfin n'est entouré d'aucune précaution. Il y a là plus qu'une coïncidence et il nous paraît logique d'admettre une relation de cause à effet entre ces constatations et les résultats statistiques établis plus haut.

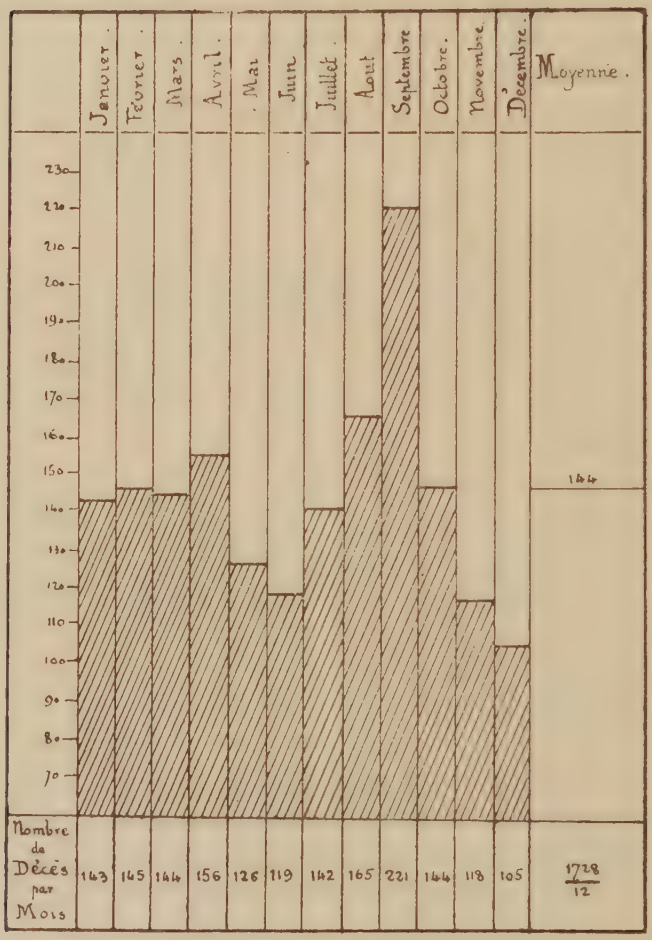
A côté de ces causes, dont il serait facile de diminuer l'influence, un autre facteur intervient pour augmenter la mortalité infantile due aux troubles digestifs : c'est la température. La *gastro-entérite* est en effet une maladie *estivale* dont les victimes sont d'autant plus nombreuses que les étés sont plus chauds.

Si nous étudions la mortalité infantile totale, au cours des dix dernières années, dans l'arrondissement de Langres, en répartissant les décès suivant les mois de l'année, nous obtenons le graphique ci-contre (graphique n° 6), d'après lequel *les mois les plus meurtriers sont avril, août et septembre.*

Les variations sont d'ailleurs plus accusées dans le milieu rural que dans le milieu urbain (graphique n° 8) et, à peine marquées pendant les étés froids, elles s'accentuent seulement pendant les étés chauds (graphique n° 8). Ainsi en 1904 un été chaud (température moyenne à Langres : 19°29) (1), a causé trois fois plus de décès

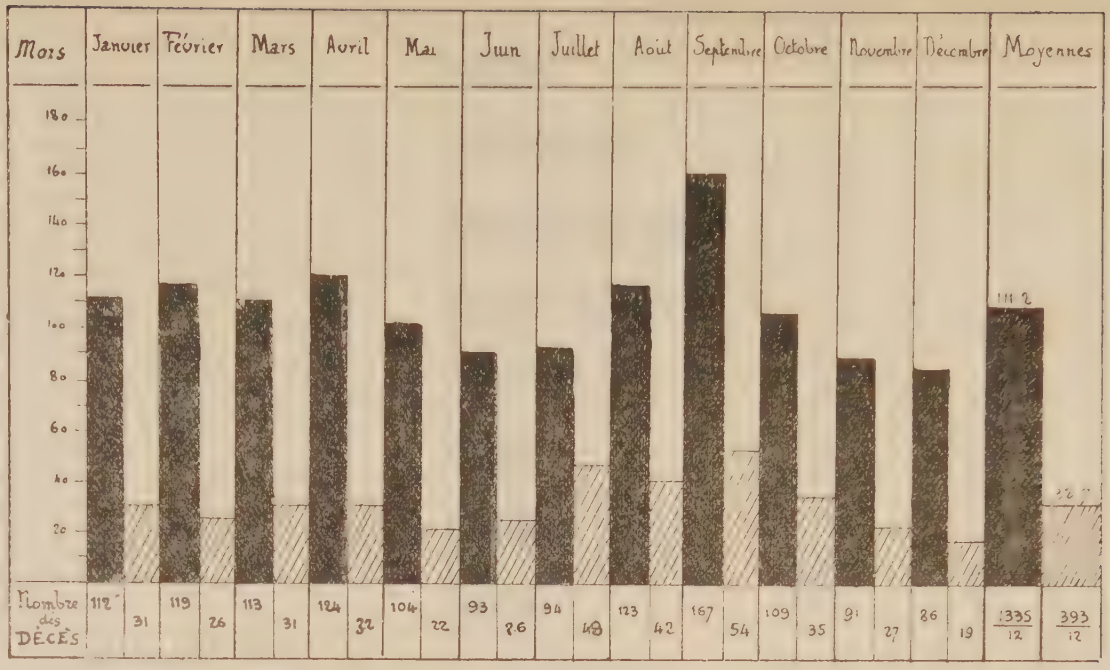
(1) Tous les documents météorologiques cités dans ce travail sont dus à l'obligeance de M. le Chanoine Raclot, directeur de l'Observatoire météorologique de Langres.

(106) que l'été relativement froid de 1909 (température moyenne : 15°85 ; nombre de décès : 32) et particularité remarquable, ce dernier été fut même moins



Répartition mensuelle des décès dans tout l'arrondissement

Graphique nº 6.

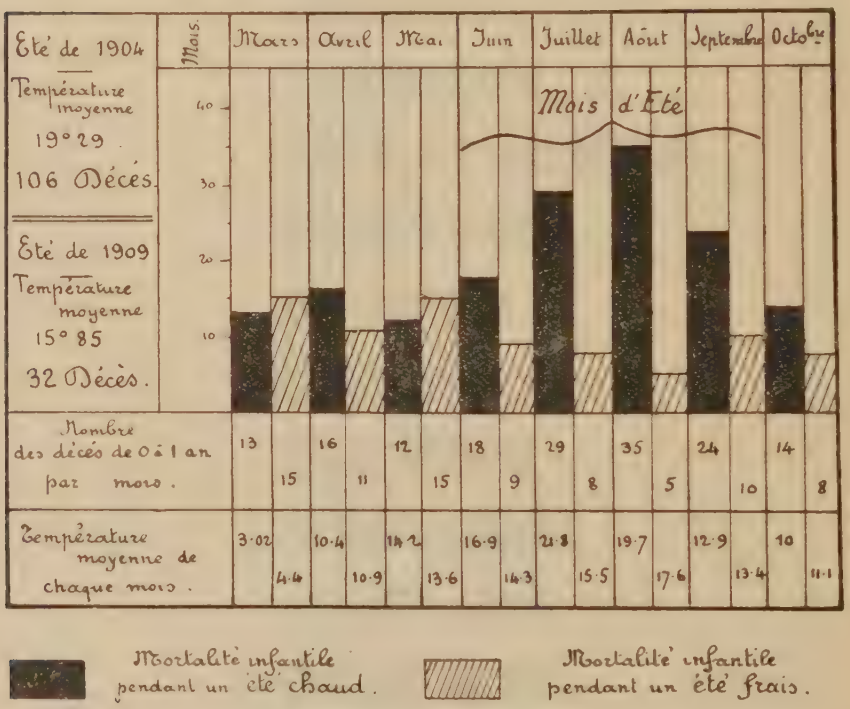


Répartition mensuelle des décès dans la population rurale et dans la population urbaine

Graphique nº 7

meurtrier que les autres saisons de la même année. On trouvera dans le graphique n° 8, la confirmation de ces faits.

Bien que l'année 1911 ne fasse point partie de la période décennale étudiée dans ce travail, l'été très chaud et très sec qu'elle a présenté, nous a permis de vérifier



Influence de la température sur la mortalité infantile

(Comparaison entre l'été le plus chaud et l'été le plus frais de la période 1900-1910)

Graphique n° 8

une fois de plus *le parallélisme déjà constaté, entre la température et la mortalité infantile.* Du 1er juin au 1er octobre 1911, nous avons compté :

16 décès de 0 à 1 an pendant le mois de juin.
19 — — — — de juillet.
47 — — — — d'août.
28 — — — — de septembre.

Or, la mortalité moyenne mensuelle est de 14,4. La température moyenne à Langres suivant les différents mois a été en 1911 :

16°42 en juin.
21°93 en juillet.
23°11 en août.
18°01 en septembre.

Ici la théorie est donc parfaitement confirmée par les faits et la conclusion pratique qui en résulte est que les mères *doivent redoubler de précautions et de soins pendant l'été*, si elles veulent que leurs nourrissons échappent aux troubles digestifs indirectement causés par la chaleur. Malheureusement, cette condition n'est pas réalisée et nous aurons à nous demander par quels moyens elle pourrait l'être.

§ 3. — Mortalité par affections broncho-pulmonaires

Après les troubles digestifs, les maladies qui frappent le plus fréquemment l'enfant, au cours de sa première année d'existence, sont les *affections de l'appareil broncho-pulmonaire.* Physiologiquement, le nourrisson perd

par rayonnement une grande quantité de calorique : il est donc exposé plus que tout autre aux actions nuisibles des abaissements brusques de la température extérieure, et cette prédisposition se traduit par l'éclosion de nombreuses maladies des voies respiratoires : coryzas, bronchites, pneumonies et broncho-pneumonies.

Le climat d'une contrée devient ainsi facteur de sa mortalité infantile et, à ce point de vue, notre arrondissement est loin d'être favorisé.

La région de *Langres,* en effet, est essentiellement constituée par le *plateau* du même nom, auquel viennent se rattacher les *Monts Faucilles* et les premiers contreforts de l'*Argonne occidentale ;* les pentes de ce squelette orographique descendent lentement vers la *Marne* au nord et vers la *Meuse* à l'est, plus rapidement vers la *Saône* au sud. Seul ce dernier versant, raviné de vallons, où se blottissent quelques villages, jouit d'un climat relativement doux, car il est protégé contre la bise glaciale qui balaye en tempête le plateau et les hauts sommets. Tout le reste de la région de Langres, reste soumis aux rigueurs du climat vosgien et comme le dit Diderot (1) : « Les vicissitudes de l'atmosphère y sont telles, qu'on passe en vingt-quatre heures du froid au chaud, du calme à l'orage, du serein au pluvieux ».

Afin de définir avec plus de précision ce régime climatérique, nous avons groupé dans le tableau suivant les principaux *éléments météorologiques* concernant Langres et Paris, et nous avons trouvé :

(1) J. Reinach. — Diderot. Paris, Hachette 1894, p. 27.

	Parc St-Maur (1)	Langres (2)
Température moyenne de l'hiver	3°9	1°1
— — du printemps . .	10°1	8°6
— — de l'été	18°4	17°8
— — de l'automne. . .	9°2	11°
Température moyenne annuelle.	10°8	9°2
Jours de chute de neige.	—	32 jours
— de sol couvert	—	40 jours
Vitesse moyenne du vent à l'heure . . .	—	16 km 6
— — en hiver.	—	18 km 6
Ecarts de température :		
(*a*) d'une journée à l'autre	—	4°7
(*b*) dans une même journée		3°9

De cet ensemble de chiffres, il résulte que l'hiver et le printemps sont nettement plus froids à Langres qu'à Paris, et il est facile de constater chaque année comment la persistance des neiges et la tardiveté (3) de la végétation témoignent de la rudesse du climat. De plus, sur le plateau et les sommets, il existe au cours d'une même saison, et parfois au cours d'une même journée, des *variations extrêmes de température* contre lesquelles les habitants qui y sont accoutumés, ne prennent pas, pour leurs jeunes enfants, toutes les précautions nécessaires : ce manque de soins contribue à rendre les affections broncho-pulmonaires plus fréquentes et par suite à augmenter la mortalité infantile due à ce facteur morbide.

---

(1) Chiffres empruntés à l'Atlas météorologique de M. Eiffel.

(2) Chiffres dus à l'obligeance de M. Raclot.

(3) Cette tardiveté peut être évaluée de 8 à 15 jours sur toutes les régions avoisinantes.

Sur nos 191 bulletins de décès concernant des enfants de 0 à 1 an, 42, soit 22,3 % attribuent la mort à des maladies des voies respiratoires ; de même l'enquête nous a révélé l'influence directe de ce facteur morbide dans 94 cas sur 376 décès observés, c'est-à-dire dans 25,1 cas sur 100 ; enfin, d'après l'opinion du corps médical, la mortalité infantile due aux affections de l'appareil respiratoire, varierait du tiers au quart de la mortalité infantile totale.

Ces résultats puisés à des sources diverses sont pratiquement comparables et nous permettent de conclure que *sur 100 décès de causes connues autres que la débilité congénitale, le nombre de ceux qui sont dus à des affections broncho-pulmonaires varie entre 20 et 30.*

Pour les grandes villes de France, une moyenne de signification équivalente tirée des chiffres de MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph (1), atteint seulement *18,4* % et particularité remarquable, parmi les centres les plus frappés, on rencontre la plupart des grandes cités méridionales : Marseille, Avignon, Nimes, Pau, Bordeaux, où soufflent par intermittence, soit le mistral, soit les vents froids descendus des hautes vallées pyrénéennes ou alpestres. Cette influence nocive des vents est encore aggravée par les habitudes de la vie locale : « Dans les villes du midi, où l'on vit en plein air toute l'année, écrivent MM. Balestre et Gilletta, on voit souvent les enfants à demi-nus ; n'est-ce pas une indication et la mortalité par maladie des voies respi-

(1) Balestre et Gilletta de Saint-Joseph. — Loc. cit., p. 27.

ratoires n'est-elle pas due, en partie du moins, au défaut de soins » (2) ?

Dans nos campagnes du Nord et de l'Est, les mères pèchent plutôt par excès contraire et c'est en superposant habituellement sur le corps de l'enfant des vêtements de toute nature, qu'elles le rendent plus sensible à l'action des refroidissements accidentels. Diverses constatations statistiques confirment à la fois cette opinion et les considérations développées plus haut. — Pendant les mois de mars et d'avril, de septembre et d'octobre, où les écarts brusques de température sont fréquents et accentués, le nombre des décès dans notre arrondissement est plus grand que pendant les mois plus froids de novembre, décembre, janvier et février (665 décès au lieu de 511). L'altitude et l'exposition des localités jouent de plus un rôle dans la répartition mensuelle des décès. Nous avons comparé à ce point de vue, 26 villages situés sur des sommets et exposés aux vents froids du nord et de l'est avec 29 autres localités d'altitude plus faible et mieux protégées ; chacun des deux groupes nous a fourni environ 400 décès ainsi répartis, suivant les mois de l'année :

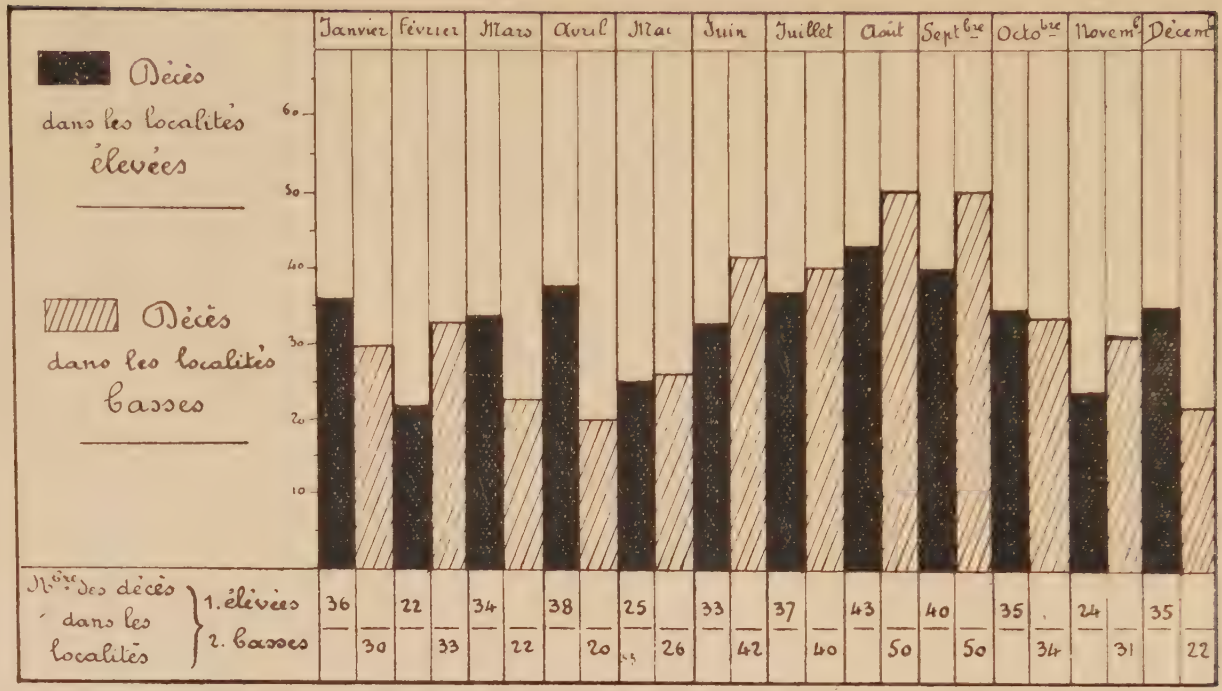
(2) Balestre et Gilletta. — Loc. cit., p. 37.

MOIS	NOMBRE DES DÉCÈS	
	Villages élevés	Villages encaissés
Janvier . .	36	30
Février . .	22	33
Mars . . .	34	22
Avril . . .	38	20
Mai	25	26
Juin. . . .	33	42
Juillet. . .	37	40
Août. . . .	43	50
Septembre.	40	50
Octobre . .	35	34
Novembre.	24	31
Décembre.	35	22
	402	400

On trouvera dans le graphique n° 9 les courbes représentatives de ces résultats.

Nous remarquons de suite que dans les *villages de basse altitude*, où la température doit être plus clémente, les mois d'*hiver sont dans leur ensemble peu meurtriers*, par contre la courbe de mortalité présente un fort maximum pendant les mois d'été, surtout en août et septembre. Pour les *localités d'altitude élevée la courbe possède un maximum spécial en avril* et nul doute qu'il ne faille voir dans cette oscillation particulière, l'effet des changements brusques de température qu'imposent aux villages élevés les giboulées et les rafales venteuses du printemps.

Ainsi donc, les rigueurs climatériques exercent une influence sur la mortalité infantile ; influence d'autant plus marquée que ni la disposition des habitations, ni les habitudes des occupants, ni les précautions mal di-



Répartition mensuelle des décès dans les localités de basse et de haute altitude

(Base 400 décès de chaque catégorie)

Graphique nº 9

rigées des mères ne contribuent à pallier les dangers suscités par les variations soudaines de la température extérieure.

§ 4. — Mortalité par affections héréditaires, contagieuses et diverses

Nous en avons terminé avec l'étude des facteurs morbides principaux de la mortalité de la première enfance ; nous grouperons ceux qui restent en trois catégories :

1° Maladies héréditaires ;

2° Maladies contagieuses ;

3° Maladies diverses et accidents.

Nous indiquerons enfin quel est approximativement le pourcentage des décès de cause mal déterminée.

Maladies héréditaires. — Les tares héréditaires : *tuberculose*, *syphilis* et *alcoolisme* tendent à faire dans nos campagnes des victimes de plus en plus nombreuses parmi les nourrissons, mais il est difficile d'apporter à l'appui de cette affirmation une démonstration numérique.

En effet, dans nos 191 bulletins de décès déjà considérés, il n'est fait mention de la *tuberculose* que *deux fois*, de la *spécificité une seule fois* et naturellement les bulletins sont muets sur les antécédents *alcooliques* héréditaires.

D'autre part, chez nos 376 décédés, l'enquête nous a révélé de façon précise

8 fois la tuberculose,

4 fois la syphilis,

et un grand nombre de fois des antécédents alcooliques héréditaires sans qu'il soit possible cependant de les considérer comme cause déterminante de la mort.

Sur les 8 décès que nous avons imputés à la tuberculose, l'hérédité nous a semblé devoir être incriminée dans 6 cas, la contagion dans 2; quant à nos 4 décès par spécificité, ils avaient tous pour origine première une syphilis paternelle.

Nous ne pouvons établir des moyennes sur une base aussi restreinte, mais nous pouvons du moins affirmer que le nombre des cas attribués aux maladies héréditaires est de beaucoup inférieur à la réalité.

La tuberculose n'agit pas seulement en tuant le nourrisson par maladie tuberculeuse, elle crée de plus une dystrophie native et a sa part dans l'étiologie de l'accouchement prématuré, de la mortinatalité et de la débilité congénitale. Comme l'a montré M. le professeur agrégé Perrin, d'après une enquête faite dans la population ouvrière de Nancy (1), *il existe un déchet à la fois quantitatif et qualitatif des produits tuberculeux*, et par ce moyen la terrible maladie exerce sur la mortalité infantile une influence *indirecte* dont l'importance échappe à la statistique. Enfin, dans nombre de cas, la tuberculose du nourrisson reste latente et sans manifestations cliniques : elle revêt alors cette forme décrite par Aviragnet (2) sous le nom de : *tuberculose diffuse*

(1) Dr M. Perrin. — Influence de la tuberculose des parents sur la natalité, sur la morbidité et sur la mortalité des enfants. — Communication au Congrès international de la tuberculose. Paris, 27 octobre 1905.

(2) Aviragnet. — Thèse de Paris 1892.

des bébés, par Apert (1), sous celui de *tuberculose disséminée discrète chronique*, et dénommée enfin par Marfan (2) *tuberculose généralisée chronique apyrétique du premier âge*. Chez les nourrissons ainsi atteints, on rencontre, à l'autopsie, des tubercules isolés dans les divers viscères, avec participation constante et marquée du système ganglionnaire. Mais les autopsies sont impossibles dans nos campagnes, et seul, en cas de mort, le *symptôme terminal le plus marqué sert de base au diagnostic causal*, sans que la tuberculose soit incriminée.

Quant à la *syphilis*, toujours considérée comme une maladie honteuse et difficilement avouée par les parents, ses manifestations cliniques chez l'enfant échappent fréquemment à l'examen et au traitement. Les bulles de pemphigus, les syphilides cutanées, les rhagades péribuccales, l'érythème fessier syphilitique, sont considérés par le public comme des lésions de nature banale, comme des « bobos » ordinaires ; le coryza syphilitique lui-même, semble un simple rhume de cerveau ; un peu de vaseline, un peu de poudre de talc, un petit bonnet: voilà trop souvent tout le traitement de la syphilis des nourrissons. — Aussi combien de décès par spécificité sont-ils attribués à d'autres causes, à la débilité congénitale surtout, et combien de fatales erreurs seraient évitées, si l'on pouvait persuader aux mères que le nourrisson même bien portant doit être soumis à des examens périodiques !

(1) Apert. — Précis des Maladies des enfants, page 144. Paris, Baillière 1909.

(2) Marfan. — *Semaine médicale*, 1892, page 509.

La même incertitude règne en ce qui concerne l'influence de *l'alcoolisme* : ici encore, nous ne pouvons apporter aucune évaluation numérique.

Legrain (1) évalue à 320 pour 1000 le nombre des enfants disparus dès le premier âge dans les familles de buveurs.

Maurel (2) calcule que 52 % des ménages alcooliques sont inféconds et la statistisque montre que les départements où l'on consomme le plus d'alcool sont aussi ceux où la mortalité infantile est la plus forte.

En effet, parmi 33 départements à forte consommation d'alcool, et presque tous situés au nord d'une ligne allant de Nantes à Belfort, 20 ont une mortalité infantile variant entre 150 et 175 décès de 0 à 1 an pour 1000 naissances (3), tandis que sur les 53 autres départements 15 seulement, soit 28,3 % au lieu de 66 % atteignent les mêmes moyennes.

Dans notre arrondissement, les centres viticoles consomment certainement plus d'alcool que les autres localités, mais si la natalité y est faible c'est, nous l'avons vu, beaucoup plus par l'émigration des jeunes que par les méfaits de l'alcoolisme. Rappelons cependant, que les trois cantons viticoles de l'arrondissement : Varennes, Bourbonne et Laferté présentent une mortalité infantile supérieure à celle de cinq autres cantons, et que la *mortinatalité chez les vignerons vient en première ligne*

(1) Patou. — La puériculture antenatale. Thèse de Lille 1909, p. 25.

(2) Maurel. — La Dépopulation de la France. Paris, Doin, 1896, p. 67

(3) D'après les résultats fournis par Balestre et Gilletta.

après la mortinatalité chez les ouvriers. De même, nous pouvons indiquer quelle est la mortalité infantile dans 13 communes viticoles déjà citées : nous trouvons

à Coiffy-le-Haut	175,18 décès pour	1.000 naissances
Coiffy-le-Bas.	181	—
Larivière	164	—
Melay	108	—
Pouilly	138	—
Serqueux	123	—
Soyers.	160	—
Chézeaux	156	—
Laneuvelle	190	—
Vicq.	157	—
Voisey.	142	—
Enfonvelle.	148	—
Montsaugeon	340	—

Deux communes seulement, Melay (108) et Serqueux (123), présentent une mortalité infantile inférieure à la moyenne générale de l'arrondissement (129,3) ; dans toutes les autres cette moyenne est dépassée de beaucoup et, si nous totalisons les résultats, nous obtenons *pour toute la région viticole : 187 décès de 0 à 1 an pour 1.301 naissances*, c'est-à-dire une *mortalité infantile de 143 pour 1.000 naissances.*

Enfin, dans le même ordre d'idées, nous avons relevé 41 décès sur 278 naissances dans des *familles de vignerons* et par conséquent une *mortalité infantile de 147 pour 1.000.*

Tous ces résultats concordent d'une façon suffisante pour nous permettre de conclure, à l'influence certaine de l'alcoolisme sur notre mortalité infantile rurale.

Maladies contagieuses. Les plus répandues dans la population infantile de nos campagnes sont la rougeole et la coqueluche. Sans doute elles n'existent point dans nos villages à l'état endémique, comme dans la plupart des grandes villes, mais elles y apparaissent brusquement à des intervalles variables, y prennent une extension rapide et la rougeole en particulier n'abandonne jamais une bourgade sans avoir atteint presque tous les enfants.

Aussi leur influence sur la mortalité infantile paraît-elle assez marquée ; elles auraient causé : 17 décès sur 191 d'après les bulletins, 20 décès sur 376 d'après nos recherches.

Nous avons relevé de plus, 2 décès par diphtérie dans chacun des groupes considérés, ce qui ramène notre moyenne de décès par maladies contagieuses à 5,9 % d'après les bulletins et à 10 % d'après notre enquête.

La moyenne équivalente calculée sur les résultats fournis par Balestre et Gilletta est de 6,2 %, elle est donc comprise dans des limites semblables, mais en raison du petit nombre de cas relevés par nous, nous ne pouvons comparer utilement à ce point de vue le milieu urbain et le milieu rural.

Maladies diverses et accidents. — Sous la rubrique, maladies diverses, nous avons rangé quelques cas dans lesquels la mort nous a paru avoir été causée, soit par des malformations congénitales, soit par des symptômes tels que les convulsions formant à eux seuls toute la maladie. Nous avons enfin réservé une place spéciale aux accidents ; ils ont causé 7 décès en tout, dont 3 par

brûlures, 2 par chute d'un lieu élevé, un par écrasement et un par piétinement.

Cette fréquence relative des morts accidentelles s'explique, si l'on songe que le nourrisson rural passe la plus grande partie de la journée dans la cuisine, pièce où se concentrent le travail et l'activité de toute la maison, où la circulation est intense, où les animaux de basse-cour, les chiens, etc., peuvent avoir accès.

Décès de cause inconnue. — Ils sont nombreux, car souvent le manque de bulletins de décès, l'imprécision des réponses faites par les mères empêchent d'établir le diagnostic rétrospectif des causes de la mort, et il n'est pas exagéré de fixer à 30 % environ la proportion des cas qui échappent ainsi à toute investigation.

En résumé, l'influence des divers facteurs morbides sur la mortalité infantile, dans l'arrondissement de Langres, se répartit ainsi après totalisation des résultats :

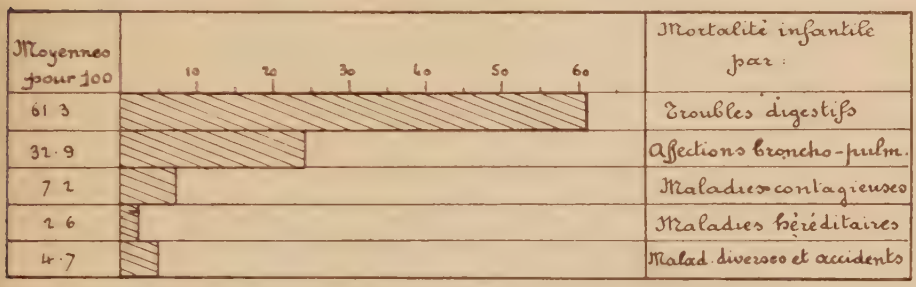
Nombre total de décès de causes connues autres que la débilité congénitale 191 + 376 = 567.

Décès par troubles digestifs	348
— affections des voies respiratoires	136
— maladies héréditaires	15
— maladies contagieuses	41
— maladies diverses et accidents	27
Total	567

Si maintenant, nous établissons une moyenne pour 100 décès de causes connues autres que la débilité congénitale, nous pouvons représenter graphiquement les résultats (graphique n° 10).

Rappelons que ces moyennes sont établies sur 100 décès de causes connues autres que la *débilité congénitale*. Il nous a en effet été impossible, nous l'avons vu, de déterminer numériquement l'influence de ce facteur morbide. Pour comparer nos résultats à ceux déjà obtenus par divers auteurs dans le milieu urbain ou dans l'agglomération ouvrière, il nous faudra ramener leurs moyennes à la base que nous avons utilisée et nous obtiendrons le tableau suivant :

Causes des décès	Population rurale	Population urbaine (1)	Population ouvrière (2)
Troubles digestifs.	61,3	48	56,7
Affections broncho-pulmon. .	23,9	18,4	38,1
Maladies contagieuses.	7,2	6,2	»
Maladies héréditaires.	2,6	»	»
Maladies diverses et accidents.	4,7	»	»



Influence relative des divers facteurs morbides sur la mortalité infantile
(Moyennes établies pour 100 décès de causes connues autres que la débilité congénitale)
Graphique n° 10

(1) Chiffres calculés d'après Balestre et Gilletta, loc. cit, p. 27.

(2) Chiffres calculés d'après le docteur Aweng. La mortalité infantile dans le Bassin de Briey. Thèse de Nancy, 1910, p. 65.

De l'examen de ces chiffres, il résulte que notre population infantile rurale est surtout frappée par *les troubles digestifs* et que la mortalité infantile, due à ce facteur morbide, est plus forte à la campagne que dans les agglomérations ouvrières, et surtout que dans les villes. C'est là une conclusion au premier abord inattendue, mais l'explication de cette anomalie apparente sera amplement fournie par l'étude des méthodes en usage pour l'alimentation des nourrissons.

Remarquons de même que la mortalité par affections broncho-pulmonaires est plus élevée dans nos villages que dans les villes et que par contre, elle est de beaucoup inférieure à celle observée dans le bassin de Briey, où prédominent aujourd'hui les enfants de race italienne, spécialement exposés aux maladies de l'appareil respiratoire. A défaut de statistique, et en raison de particularités déjà signalées, nous sommes fondé à croire qu'en ce qui concerne la débilité congénitale, le milieu rural est plus favorisé que le milieu urbain.

Logiquement, cette supériorité sanitaire devrait s'étendre à tous les facteurs morbides. S'il n'en est pas ainsi, c'est que les facteurs sociaux interviennent pour paralyser plutôt que pour aider l'action bienfaisante de la nature ; modifier ceux-ci sera agir efficacement sur ceux-là, telle est la notion qui sera la base de la lutte contre la mortalité infantile.

CHAPITRE II

L'INSALUBRITÉ DU MILIEU RURAL

Sommaire. — *Insalubrité des villages.* — Fumiers, puits. Voie publique, mares.

Insalubrité des habitations. — Cuisine, lit, évier, poêle.

Le paysan et l'hygiène. — Pas d'hygiène individuelle. La loi de 1902 est inappliquée.

Au cours de sa première année d'existence, l'enfant est avant tout un être passif ; son intelligence sommeille, ses mouvements sont incoordonnés, il ne peut ni marcher, ni parler et seuls des cris, sans signification précise, trahissent sa gêne, ses besoins, sa douleur et sa joie. Il reçoit tout du dehors, il reste exposé à toutes les influences salutaires ou néfastes, qu'exerce sur lui le milieu extérieur et, au point de vue de l'hygiène, il est impossible de le séparer des choses et des êtres qui l'entourent.

Les conditions d'insalubrité du village, de l'habita-

tion, de la famille apparaissent dès lors comme un facteur social certain de la mortalité infantile et nous consacrerons quelques pages à leur étude.

Insalubrité des villages. – Aperçu de loin par un après-midi d'été, à travers la ceinture verte que lui forment jardins, vergers ou chènevières, le village, groupé autour d'un modeste clocher, revêt un aspect d'aisance proprette que contribuent à lui assurer encore, la couleur éclatante de ses toits de tuiles rouges et la blancheur de ses pignons où s'enchâsse, ça et là, le scintillement d'une vitre. Malheureusement, l'impression change à mesure qu'on s'approche ; dès l'entrée, une odeur désagréable et pénétrante, se mêle, par bouffées, à l'arome des foins coupés et le regard embrasse la longue file des *fumiers*, impeccablement alignés des deux côtés de la rue. Chaque maison a le sien, sa masse carrée ou rectangulaire, toujours soigneusement édifiée, descend en pente douce vers l'écurie ou la grange et son volume, paraît-il, témoigne de la richesse du logis. Il voisine presque toujours avec *le puits* que seules quatre pierres plates, verticalement dressées et plus ou moins mal jointes, protègent contre les souillures extérieures. Pas de couvercle, pas de maçonnerie étanche, rien qui défende la nappe d'eau contre les infiltrations des liquides pollués, contre l'apport des détritus organiques, soulevés par le vent ou entraînés par des seaux et des crochets malpropres.

Les *fontaines publiques*, plus encore que les puits particuliers, sont exposées à des contaminations de tous ordres, car, le plus souvent, elles sont en contact immédiat avec un abreuvoir ou un lavoir. Jaune et

boueuse en temps de pluie, manifestement impure en tout temps, l'eau puisée dans de telles conditions sert à tous les usages domestiques sans subir jamais aucune épuration d'ordre physique ou chimique. Nettoyage des ustensiles divers nécessaires à la traite, rinçage des biberons et des tétines, coupage et aussi mouillage du lait, tout se fait avec cette *eau suspecte*, à laquelle on ne saurait refuser une part de responsabilité dans l'*étiologie des troubles digestifs* du nourrisson.

La *voie publique* est dans la plupart de nos villages d'une malpropreté repoussante. Les débris de paille ou de fourrage, les excrétats des animaux et même de l'homme, les ordures ménagères, les immondices de toute nature s'y accumulent et pénètrent ensuite dans les habitations sous les pas des visiteurs. La maison rurale ignore le *tout à l'égout*, elle le remplace par le *tout à la rue*. En général, dans chaque localité, les eaux de ruissellement et de lavage s'écoulent vers une *mare*, vaste fosse creusée en un point déclive et destinée aux besoins du bétail ou de la basse-cour. Ce réceptacle d'eaux stagnantes, riches en matières organiques et continuellement brassées par les baignades d'animaux, dégage, en été, des odeurs pestilentielles et vicie l'atmosphère.

Tels sont les facteurs essentiels de l'*insalubrité de nos agglomérations rurales :* ils agissent sur l'enfant comme sur l'adulte par le triple mécanisme de *la pollution des eaux, de la contamination par contact, des émanations putrides.*

Insalubrité des habitations. — Les maisons de nos campagnes sont sensiblement bâties sur un même mo-

dèle, et leur distribution ne varie guère. La plupart sont étendues en surface, construites en pierres et presque partout la chaume a fait place à la tuile. Deux chambres sises au rez-de-chaussée, et communiquant entre elles, composent le logement du cultivateur : ce sont *la cuisine et le poêle ;* la vie familiale se concentre surtout dans la première : on y travaille, on y mange et on y dort. Le plus souvent, c'est une vaste pièce prenant jour sur la rue par une porte et une ou deux fenêtres de dimensions suffisantes, mais servant plus à l'éclairage qu'à l'aération : en effet, les rideaux qui les garnissent, les fleurs qui les ornent, l'amoncellement de boites et de papiers qui se dresse derrière leurs châssis font qu'elles restent toujours fermées.

Le sol, sans soubassement protecteur, est simplement revêtu d'un *terrier*, mélange de terre battue et de gravier, peu coûteux, il est vrai, mais perméable, poussiéreux et d'autant plus facilement souillé qu'il ne peut être soumis au lavage.

Les murs sont badigeonnés au lait de chaux et un simple plancher posé sur des poutres sépare le rez-de-chaussée de l'étage supérieur. Chez les cultivateurs riches, un sol cimenté, des papiers de tenture, un double plancher en guise de plafond, sont des perfectionnements esthétiques qu'habituellement le défaut d'entretien rend inutiles à l'hygiène.

Au fond de la pièce, se dresse la *cheminée*, son vaste manteau réalise une ventilation énergique mais glaciale et ses alentours immédiats subissent seuls l'action bienfaisante du foyer.

Non loin d'elle, un cadre de bois muni de rideaux

soigneusement tirés, masque le réduit obscur où se trouve *le lit*. Celui-ci, maintenu dans un état de propreté parfois très insuffisant, est occupé par *les parents* et reste, pendant des générations, immuablement fixé à sa place ; naissances et décès s'y succèdent sans nettoyage sérieux, ni désinfection, au mépris de toute règle d'hygiène.

Au bout de l'alcôve, au-dessous de l'escalier par lequel on accède à l'étage supérieur se trouve la *pierre d'évier*. Malgré ses dimensions restreintes, elle est toujours encombrée d'ustensiles de toute sorte et de détritus variés. L'eau potable y voisine avec la pâtée destinée aux porcs, avec les eaux grasses, avec le petit lait et, faute de tuyau d'évacuation, les eaux ménagères tombent directement sur le sol, pour aller former au devant de la maison un véritable cloaque. Comment s'étonner dès lors que la propreté de beaucoup de nos ménagères rurales soit plus superficielle que minutieuse et que l'hygiène individuelle soit si mal pratiquée par nos paysans ?

Le meuble essentiel de la cuisine est *la table* rectangulaire et massive qui sert à tous les usages ; on y dépose les outils, les vêtements, les chaussures, les légumes et parfois même certains objets d'un usage plus intime : un simple coup de tablier suffit ensuite à la mettre en état de recevoir le pain et les aliments divers.

Derrière la cuisine, le *poêle* quelquefois planchéié, sert de chambre à coucher et de salon de réception ; il prend jour sur le jardin, est en général proprement tenu mais jamais aéré et, en hiver, il est chauffé à l'aide d'un insalubre fourneau de fonte.

Au premier étage, dans une pièce unique, s'accumulent graines, fruits, provisions et ustensiles de toute nature, linge sale et linge propre, le tout dans une promiscuité que condamnent les plus élémentaires notions d'hygiène. Si la famille est nombreuse, on ajoute à cet ensemble un lit destiné au jeune garçon ou au domestique de culture. Il n'est pas besoin d'indiquer quelle atmosphère viciée règne dans ce véritable taudis !

Tel est le corps du logis de la plupart de nos habitations rurales : le *berceau de l'enfant* y occupe une place variable, plutôt dans le poêle que dans la cuisine, mais nulle part, il n'est à l'abri des conditions d'insalubrité du milieu. Poussières, humidité, émanations diverses, manque d'air et de lumière, souillures dues aux matières organiques, entourent le petit paysan au cours de sa première année d'existence : en vertu de quel privilège serait-il réfractaire à leur influence nocive ?

Les idées du paysan sur l'hygiène. — Nous avons déjà indiqué que seul le *souci du confort* règle jusqu'à présent la vie du paysan en matière d'hygiène. Sans doute, il porte des vêtements moins grossiers qu'autrefois, sa nourriture est plus variée, il boit plus de vin et mange plus de viande, mais il ne se baigne pas davantage.

Dans les villages dépourvus de cours d'eaux, les soins de propreté corporelle, tant chez l'homme que chez la femme, ne dépassent guère le niveau des épaules et sont plus souvent hebdomadaires que quotidiens. De même si les bonnets et les camisoles de nos ménagères rurales sont toujours soigneusement lavés et repassés, leur linge de corps est fréquemment d'une blancheur douteuse.

Il est courant à la campagne de se mettre à table, les mains encore souillées de terre ou de fumier ; le paysan n'y regarde pas de si près, car, pour lui, rien de ce qui touche à la terre n'est malpropre et il ignore le danger des contaminations microbiennes. En matière d'hygiène individuelle, les coutumes les plus étranges, les préjugés les plus absurdes n'ont pas disparu et les *recettes de bonne femme*, capables de garantir bêtes et gens contre tous les maux, sont certainement mieux observées que les prescriptions médicales.

Et que dire de l'hygiène collective ?

La loi du 15 février 1902 est restée *lettre morte* dans nos campagnes. L'on pourrait reprendre une à une, toutes les dispositions édictées par le règlement sanitaire (modèle B), applicable aux communes rurales, sans en trouver une seule qui ait modifié dans la pratique, l'état de choses préexistant à la loi. Les articles les plus importants concernant les eaux d'alimentation, les écuries et étables, les fumiers et les mares, les fosses d'aisances, les animaux morts, les maladies transmissibles et même la désinfection, présentent cette particularité piquante qu'ils sont *exactement l'opposé* de ce que l'on observe dans la réalité. S'il en est ainsi, c'est d'abord parce que l'*hygiène coûte cher* tant aux communes qu'aux propriétaires, mais c'est aussi parce que les prescriptions légales se heurtent à l'indifférence générale et à une indéracinable routine. Les *municipalités* s'astreignent difficilement à faire respecter des mesures sanitaires considérées par les paysans comme *coercitives* et charger les maires de ce soin, c'est, selon

l'expression de Duclaux (1), placer un joli paradoxe à la base d'une loi française. L'*administration préfectorale* elle-même, ne fait rien pour remédier à cette inertie. Cela tient surtout à ce que les services départementaux d'hygiène, répartis au hasard entre les chefs de division, ne présentent ni concentration, ni coordination des efforts, ni direction unique et compétente.

Ignorance, routine, parcimonie du paysan, indifférence et inertie de l'administration, telles sont les causes qui entravent les progrès de l'hygiène rurale, soit individuelle, soit collective ; la population en souffre et l'insalubrité du milieu retentit fatalement sur le nourrisson.

(1) E. Duclaux. — L'hygiène sociale. Paris 1902, p. 29.

CHAPITRE III

Les facteurs de la mortalité infantile qui agissent avant la naissance

---

Sommaire. — *Les conditions de la procréation.* — Le mariage (âge des époux, consanguinité). Les tares pathologiques (tuberculose, syphilis, alcoolisme). La procréation est livrée au hasard.

Les conditions de la grossesse. — Rôle de la femme dans l'exploitation agricole, il continue pendant la grossesse. Absence d'hygiène. Aucune surveillance obstétricale.

L'accouchement et le post-partum. — Insouciance des paysannes. Le rôle des matrones et celui des sages-femmes. Le rôle du médecin. Complications fébriles. Mortinatalité Lever précoce des accouchées.

Au cours des pages qui précèdent, nous avons esquissé le cadre où se trouve placé notre nourrisson campagnard. Nous l'accompagnerons maintenant depuis la phase initiale de son existence jusqu'à sa mort, et pour ce faire, nous étudierons successivement les points

suivants : *la procréation, la grossesse* et *l'accouchement* à la campagne, *l'alimentation* et *l'hygiène* des nourrissons ruraux, les conditions d'existence des catégories spéciales d'enfants : *indigents, illégitimes, protégés et assistés.*

§ 1. — Les conditions de la procréation

La législation du mariage. — Des conditions physiques du mariage, dépend étroitement *l'avenir des enfants* qui en naîtront, et selon l'expression d'Horace :

« Fortes creantur fortibus et bonis ».

L'importance sociale du mariage, au point de vue de la conservation et de la vigueur de la race, n'avait pas échappé aux législateurs anciens et tous avaient édicté des mesures destinées à prévenir les résultats fâcheux des unions supposées médiocres.

Chez les Hindous, les Védas, les prescriptions de Moïse dans la loi hébraïque, les lois de Lycurgue à Sparte, le code de Solon à Athènes, le droit romain et le droit canon (1) renferment tous des dispositions réglementant soit *l'âge des conjoints*, soit leur *degré de parenté.*

En France, la loi romaine resta la règle jusqu'à la Révolution puis, le 20 septembre 1792, la Convention

---

(1) Consulter à ce sujet :

— La Bible-Lévitique, ch. XVIII 7-18 ; Deutéronome, ch. XXVII 22-23.

— Platon. Les lois.

— Fustel de Coulanges. La cité antique.

— Synopsis théologiæ moralis et pastoralis, par Ad. Tanquerey. Paris 1908. Tome I, pages 580 et 596.

fixa l'âge du mariage à 15 ans pour les garçons et 13 ans pour les filles, reculant ainsi la limite d'un an pour chaque sexe ; enfin la promulgation du Code civil (1) inaugura le régime actuel avec les limites de *18 et 15 ans suivant le sexe, et l'interdiction du mariage entre parents jusqu'aux cousins germains exclusivement.*

Ces prescriptions sont insuffisantes à entourer la *procréation* de toutes les garanties nécessaires. Nul doute en particulier, qu'au point de vue hygiénique, les limites d'âge fixées par notre Code soient notablement trop basses et que le degré de parenté admis soit trop rapproché, mais l'inperfection la plus grave n'est pas là : elle réside dans ce fait que la loi n'exerce aucun contrôle sur *l'état de santé des futurs conjoints.* Certains états américains : le Dakota, le Michigan et le Kentucky n'ont pas craint d'introduire dans leur législation civile l'interdiction du mariage aux *fous, alcooliques, tuberculeux, syphilitiques et gonorrhéiques ;* malheureusement, en France, l'esprit populaire se soucie plus de la liberté individuelle que de la santé publique et une telle réforme apparaitrait chez nous comme inquisitoriale et vexatoire.

L'âge des mariages. — Dans nos campagnes, au point de vue de l'âge des conjoints, la plupart des mariages se présentent sous un aspect favorable. Beaucoup de paysans en effet se marient au retour du service militaire et la différence d'âge entre les époux ne dépasse guère une moyenne de trois ou quatre années.

A ce sujet, nous avons recueilli des résultats concer-

(1) Code civil. Art. 144, 161, 162, 163, 164.

nant 2.500 mariages ruraux pris au hasard pendant les 5 dernières années, et, sur 1.000 d'entre eux, nous avons obtenu les moyennes suivantes :

Nombre de mariages où l'époux est âgé de :		Nombre de mariages où l'épouse est âgée de :	
15 à 18 ans	»		6
18 à 20 ans	15		263
20 à 25 ans	350		415
25 à 30 ans	374		191
30 à 35 ans	156		55
Plus de 35 ans	105		70
Total	1.000	Total . .	1.000

Nombre de mariages où l'époux est plus âgé que l'épouse	973
Nombre de mariages où l'épouse est plus âgée que l'époux.	27

Différences d'âge

Nombre de mariages où la différence d'âge est de :	
0 à 2 ans	220
2 à 5 ans	572
5 à 10 ans.	128
Plus de 10 ans.	53
Total.	973

D'après ces chiffres, dans notre milieu rural, 73 % des mariages se contractent, pour l'homme, entre 20 et 30 ans ; pour la femme, 70 % entre 18 et 25 ans ; l'âge moyen du mariage étant de 28 ans 4 pour l'homme et de 24 ans 6 pour la femme.

Ces moyennes répondent aux desiderata de l'hygiène et sur ce point notre population rurale est mieux partagée que notre population urbaine dans laquelle les mariages se contractent, d'après un calcul analogue,

à 31 ans 2 en moyenne pour l'homme et à 25 ans pour la femme. Ici les époux sont plus âgés et la différence qui les sépare est plus grande, ceci tient à la présence dans nos petites villes d'une proportion relativement importante de familles adonnées au commerce ou aux professions libérales, chez lesquelles, la prolongation du célibat des jeunes garçons est une nécessité de la vie.

La consanguinité. — De même qu'on se marie plus jeune dans nos villages, on s'y marie aussi plus souvent entre parents. D'après le professeur Lacassagne, on rencontrerait en France :

11,2 mariages consanguins sur 1.000 mariages dans la population urbaine et 12,7 dans la population rurale.

Ces chiffres sont largement dépassés dans les campagnes de l'arrondissement de Langres où, sur nos 2.500 mariages déjà considérés, nous avons rencontré *47 mariages entre cousins germains.* C'est-à-dire *19 pour 1.000.*

Cette fréquence de la *consanguinité des époux*, se traduit d'ailleurs par le grand nombre des familles portant le même nom dans chaque localité, et par la persistance des noms doubles dans tous les documents civils ou privés. Il faut avouer que ce sont souvent des considérations toutes matérielles qui déterminent ces unions entre parents, et que le désir de reconstituer le domaine familial, la crainte des partages et des ventes y tiennent plus de place que l'affection réciproque.

Nous avons pu obtenir des renseignements sur l'état sanitaire des enfants issus de 32 mariages entre cousins germains, nous les résumons ainsi.

1° *Nombre d'enfants nés vivants* : 88

dont : 16 décédés de 0 à 1 an.
7 décédés de 0 à 5 ans.
14 décédés après 5 ans.
4 idiots.
3 tuberculeux.
2 becs de lièvre.
2 rachitiques.
1 nain.
39 vivants bien portants.

Total. . 88

2° *Nombre de mort-nés* : 6

Une statistique analogue portant sur 32 mariages non consanguins, pris au hasard, nous a fourni par contre le tableau suivant :

1° *Nombre d'enfants nés vivants* : 91

dont : 11 décédés de 0 à 1 an.
3 décédés de 0 à 5 ans.
8 décédés après 5 ans.
1 idiot.
1 bec de lièvre et 1 pied-bot.
3 rachitiques.
2 tuberculeux.
61 vivants bien portants.

Total. . 91

2° *Nombre de mort-nés* : 4

De la comparaison de ces deux tableaux, il résulterait que la *consanguinité des parents* influe sur la mortalité infantile, sur la mortinatalité et sur la fréquence des malformations congénitales ; mais, en raison du petit nombre des cas observés, nous ne pouvons aboutir à une conclusion certaine.

Rappelons que les unions consanguines ont été accusées de favoriser la surdi-mutité [Boudin, Menière, Ladreit de la Charrière, Castex] (1), les malformations congénitales de la rétine [Aubé, Beniss, Liebreicht, Lagrange] (2), l'idiotisme (Howe, Mitchell, Bernin) et d'une façon générale toutes les prédispositions morbides familiales. Par contre *l'inocuité de la consanguinité* a été soutenue par Bourgeois, Voisin et Lagneau. Dans un travail récent enfin (3), le Dr Brassart est arrivé à conclure que les mariages consanguins favorisent aussi bien l'hérédité saine que l'hérédité pathologique et que dans les familles tarées, ils entraînent inévitablement la déchéance. *Ils peuvent donc être nuisibles et sont par conséquent à éviter.*

Les tares héréditaires. — L'abstention matrimoniale doit être à fortiori une règle absolue pour les porteurs de tares héréditaires.

L'hérédité de taille et de ressemblance, l'hérédité de tempérament et de caractère, sont choses universellement admises dans le public ; on s'en préoccupe, on les redoute. L'hérédité morbide, au contraire, est peut-être celle dont les paysans se soucient le moins.

Pythagore, il y a déjà 23 siècles, reprochait aux bergers de Samos de donner plus de soins à la reproduction du bétail qu'à la reproduction de l'homme ; la

---

(1) Castex. — Traité de chirurgie. Paris, Baillière, 1909, fascicule XVIII, Oto-rhino-laryngologie, p. 461.

(2) Lagrange. — Précis d'Ophtalmologie. — O. Doin, 1907, page 180.

(3) Dr G. Brassart. — Etude sur la consanguinité. Thèse de Paris, 1905.

même critique pourrait être formulée à l'égard de nos agriculteurs modernes.

Beaucoup d'entre eux connaissent les conditions de croisement nécessaires pour obtenir un poulain ou un veau présentant telle ou telle qualité, bien peu par contre, en contractant mariage, se préoccupent de la santé des enfants à venir.

Dans les villages de notre arrondissement, nous avons pu nous convaincre que seules les tares pathologiques trop évidentes, les difformités trop marquées, sont un obstacle à la nuptialité, et si les jeunes filles hésitent à épouser les jeunes gens exemptés du service militaire, c'est surtout parce que la *réforme* constitue un fait de notoriété publique.

Cette indifférence est-elle justifiée par la rareté des maladies héréditaires ou transmissibles ? Rien n'est moins prouvé. *La tuberculose*, *la syphilis*, *l'alcoolisme* gagnent chaque jour du terrain dans notre milieu rural et ces affections y sont d'autant plus redoutables qu'elles y prennent le caractère de véritables *affections familiales*.

Dans le jeune âge, à la campagne, la *tuberculose* affecte surtout des *formes discrètes* : adénites, ostéo-arthrites, tuberculoses cutanées, pleurésies. -- Quelquefois même, chez des sujets conservant un bon état général, elle ne se traduit par aucune manifestation clinique, mais un brusque changement de milieu, d'occupations ou de genre de vie suffit souvent à faire *évoluer* la terrible affection jusque là insoupçonnée. C'est le cas des *jeunes soldats* soumis aux premières fatigues de la vie militaire ; c'est aussi le cas des *déracinés*

brusquement exposés aux conditions insalubres de l'existence urbaine ; c'est enfin une éventualité possible pour les jeunes gens qui contractent mariage.

Au point de vue *procréation*, rien n'est plus dangereux que ces *tuberculoses torpides* puisque, faute d'examen médical préalable, elles permettent de fonder une famille à des individus chez lesquels aucune particularité extérieure ne révèle la tare qu'ils portent.

Quant à la *syphilis*, sa propagation dans les campagnes, pour lente qu'elle soit, n'en est pas moins certaine. Le service militaire obligatoire pour tous, les périodes de réserve, les foires, les marchés, les fêtes de toute sorte procurent au paysan l'occasion de discrètes mais dangereuses escapades.

Devenu spécifique, il a plus souci de cacher son mal que de le soigner. S'il est marié, *il contamine sa femme*, s'il est célibataire, il communique la maladie aux deux ou trois personnes dont la vertu facile est, dans chaque village, le seul aliment réservé aux concupiscences de la jeunesse et de l'âge mûr.

Les bourgades importantes possèdent d'ailleurs, à l'instar des villes, quelque café discret où des bonnes enrubannées accueillent avec bienveillance les hommages d'une entreprenante clientèle. — Quand la syphilis pénètre dans un de ces bouges elle n'en sort plus. — Voilà comment la *prostitution clandestine* crée, çà et là, des foyers permanents de contamination contre lesquels n'intervient aucune mesure sanitaire ou répressive.

La syphilis est encore importée à l'occasion des *immigrations temporaires* nécessitées par l'exécution des grands travaux publics. Les terrassiers, maçons, char-

retiers et manœuvres qui circulent de chantiers en chantiers, sont fréquemment spécifiques, et la population féminine qu'ils amènent avec eux n'est pas mieux partagée.

Dans les villages voisins de la ville de Langres, la construction des forts, l'exécution du canal de la Marne à la Saône et des quatre grands bassins d'alimentation de Saint-Ciergues, Lecey, Charmes et Villegusien, ont entraîné, à diverses époques, un afflux de population flottante dont le séjour a certainement été préjudiciable à la santé publique. En particulier, à notre connaissance, nombreux sont les cas de syphilis, contractée par des cultivateurs, dans les cantines italiennes de Charmes et de Villegusien.

Voilà les sources auxquelles s'alimente la spécificité rurale ; d'ordinaire insuffisamment traitée, elle fait peu à peu *tache d'huile* dans les villages où elle apparaît. Le paysan qui la considère comme une maladie déshonorante, n'a nulle idée de sa persistance ni de sa gravité et l'expérience montre que dans la plupart des ménages où l'homme devient syphilitique, la femme est contaminée et les enfants sont hérédo-spécifiques.

Parmi les maladies sociales, outre la tuberculose et la syphilis, on range encore l'*alcoolisme*, car suivant une expression heureuse, celui-ci *fait le lit* de celles-là.

Dans nos campagnes, l'alcoolisme est surtout répandu là où vin et alcool se rencontrent à domicile, c'est-à-dire chez les vignerons et les cultivateurs aisés.

Nos paysans, en effet, vont rarement au café, sauf le dimanche et sauf le cas d'un marché à conclure, mais dans beaucoup de maisons le petit verre d'eau-de-vie,

la goutte, accompagne obligatoirement tous les repas. On la prend le matin avec un quignon de pain pour se donner du cœur à l'ouvrage ; en hiver, on la prend pendant le travail « pour se réchauffer l'estomac » ; on la prend à midi et le soir pour s'assurer une digestion facile, pas de visite d'amis ou d'étrangers sans qu'elle fasse son apparition sur la table, partout elle remplace le pain et le sel des temps anciens et le paysan qui l'offre en prend largement sa part.

Voilà comment *s'alcoolisent nos campagnards tout en s'enivrant rarement*. Le département de la Haute-Marne est rangé parmi ceux où la consommation d'alcool est annuellement de *2 à 4 litres par tête d'habitant*, mais ce chiffre est certainement trop faible car dans les villages où s'exerce l'industrie des bouilleurs de crû, une grande quantité d'eau-de-vie est *consommée* et *exportée* hors du contrôle de la régie. Assurément, la vie au grand air, les travaux des champs, permettent au cultivateur de brûler sans inconvénient sérieux une proportion d'alcool relativement considérable, mais, au point de vue procréation et hérédité, les considérations statistiques développées plus haut nous apportent la preuve que *dans les villages et les familles alcooliques, les enfants meurent en plus grand nombre qu'ailleurs.*

En résumé, dans le milieu rural les maladies sociales existent de façon certaine et se propagent avec d'autant plus d'impunité qu'elles sont mal connues, mal traitées et échappent à toute mesure sanitaire. La question des tares pathologiques n'intervient pas dans la préparation des mariages, les unions consanguines accentuent l'influence de l'hérédité morbide; la *procréa-*

tion est considérée par le paysan comme une œuvre exclusivement soumise aux lois *du hasard aveugle* : et, disons le mot, comme une sorte d'*accident dans le plaisir*.

§ 2. — Les conditions de la grossesse

Si le paysan ignore tout de *l'hygiène du mariage*, il ne se soucie pas davantage de *l'hygiène de la grossesse* et nous allons étudier par quel mécanisme *les fonctions agricoles* de nos paysannes exercent une influence nocive sur leurs *fonctions maternelles*.

Le rôle des femmes à la campagne. — « A l'aube de la révolution de la machine, écrit M. Paul Strauss (1), Michelet jeta un cri d'angoisse en voyant la femme prise dans l'engrenage industriel, depuis l'adolescence jusqu'à l'extrême vieillesse. ».

Mais avant que fussent construites les vastes bâtisses que maudissait Michelet, la campagne était déjà une grande usine, obligeant la femme à travailler hors de chez elle et à supporter des fatigues peu en rapport avec les aptitudes et la mission de son sexe.

On ne saurait s'imaginer en effet de quel *incessant labeur* est faite la vie de nos paysannes. Qu'on laboure, qu'on herse ou qu'on roule, c'est à elles qu'incombe le soin de conduire les attelages ; la fenaison et la moisson les trouvent pareillement courbées derrière les faucheurs ou juchées sur ces lourds chariots dans

(1) Paul Strauss. — Dépopulation et puériculture. Paris, Charpentier 1901, p. 62.

lesquels leur rôle est d'entasser le foin et les gerbes. Pas de récolte qui se fasse sans elles, pas de jardin ou de chènevière qui ne soit confié à leurs soins. Dans les centres viticoles, elles taillent, bêchent, plantent les échalas, lient et sarclent aussi bien que les hommes et, à l'époque des vendanges, c'est encore à elles qu'est dévolue la cueillette du raisin.

En dehors de ces rudes travaux, elles doivent surveiller la basse-cour, préparer la pâtée des porcs, distribuer fourrage et litière aux animaux de l'écurie et de l'étable. Seules elles s'occupent de la traite, de la fabrication du beurre et des fromages et, au voisinage des villes ou des gros bourgs, ce sont encore elles qui apportent aux marchés les diverses denrées.

Tel est le rôle de la femme dans nos exploitations rurales : les fatigues qu'il entraine montrent suffisamment quelle mauvaise préparation il est à la maternité. Il favorise l'apparition de tares gynécologiques variées, les accidents pendant la grossesse, le manque de repos après les couches. Il éloigne la mère du logis, il lui laisse trop peu d'instants à consacrer à l'entretien du ménage et à l'élevage des enfants ; en un mot, il empêche la paysanne d'être une *bonne mère*.

Les tares gynécologiques. — Dans une thèse récente, le docteur Popaditch (1) a émis l'opinion que les *travaux des champs*, en fortifiant la musculature abdominale, contribuaient à atténuer les *éventrations et les ptoses viscérales* occasionnées chez les femmes par des gros-

(1) Docteur Hélène Popaditch. — De la paroi abdominale au cours de la puerpéralité. Thèse de Nancy 1911, p. 85.

sesses multiples. Malheureusement, ces travaux sont repris prématurément après les couches, et de l'opinion des praticiens, il résulte que les ptoses intestinales, les déviations utérines, les hernies crurales ne sont pas moins fréquentes à la campagne qu'ailleurs.

Exposée à toutes les souillures, soit dans les champs, soit à l'étable, la paysanne ignore tout de l'hygiène intime. Si exceptionnellement elle porte un pantalon, c'est uniquement en hiver et par crainte du froid et on l'étonnerait bien en lui parlant de la nécessité des bains, des injections et autres soins de propreté. Aussi le *prurit vulvaire, la vaginite granuleuse, la leucorrhée, l'endométrite chronique* sont-ils l'ordinaire apanage de nos villageoises, et expliquent nombre d'*accidents* qui leur surviennent en cas de *puerpéralité*.

Le travail pendant la grossesse. — La grossesse n'apporte aucun changement dans leur vie et ne modifie ni leur activité ni leurs habitudes. Pendant les premiers mois, elles dissimulent le plus souvent leur situation par crainte des lazzis et des plaisanteries, mais elles continuent à accomplir aux champs des travaux presque toujours au-dessus de leurs forces. Même aux approches du terme, on les voit soulever des charges, monter sur des faucheuses trépidantes, se rendre aux foires et aux marchés dans ces carrioles mal suspendues auxquelles le langage populaire a donné le nom si expressif de *tape-culs* et s'exposer ainsi aux chutes et aux cahots des chemins raboteux. Nous pourrions citer telle fermière de notre connaissance qui durant sa grossesse, malgré d'énormes varices, ne s'abstint pas un jour de tirer matin et soir les *quinze* seaux d'eau nécessaires aux

besoins du ménage et à la boisson des animaux. Le puits avait cependant quatre mètres de profondeur et n'était muni que d'un crochet. Jamais son mari n'avait songé à lui éviter cette pénible corvée : aujourd'hui cette femme présente à chaque jambe un ulcère variqueux.

On pourrait multiplier des exemples analogues.

L'essentiel pour le paysan est que *l'ouvrage se fasse ;* il est plus porté à accuser sa femme de fainéantise que de faiblesse et il se garde bien de lui proposer un repos que d'ailleurs elle ne sollicite point. Cependant, comme l'exposait le professeur Pinard dans une conférence faite à la Sorbonne le 9 mai 1891 « le fermier n'attelle pas sa poulinière à sa charrette quand il en attend un poulain, il l'entoure de soins attentifs ; à la vache qui va lui donner un veau, il ne demande plus de lait depuis quelques mois, mais lui offre une nourriture abondante et choisie » et il semble naturel à cet homme que sa femme, moins favorisée que les animaux, continue à travailler jusqu'au terme de la grossesse.

Absence d'hygiène. — La paysanne enceinte ne prend aucune précaution pour éviter les accidents possibles. Elle ignore la ceinture de grossesse, si elle porte corset, ce qui est rare, il s'agit de corsets mal faits comprimant les seins au lieu de les soutenir et refoulant les viscères abdominaux vers la partie inférieure du ventre. Faute de cet accessoire de toilette, et en raison des mouvements que lui impose son travail, elle se contente le plus souvent de serrer au maximum ses cordons de jupe contrairement à ce qui serait utile.

Elle continue à porter jarretières, à mépriser l'usage du pantalon, à s'abstenir de tous soins intimes et cette

malpropreté n'est pas sans retentir sur la rareté à la campagne des accouchements, ne disons pas *aseptiques*, mais *propres*, et sur la pathologie des suites de couches. Par manque de précautions suffisantes, le dessèchement du colostrum autour du mamelon, le frottement du sein contre la toile grossière de la chemise amènent des excoriations qui amorceront les futures *crevasses*, se compliqueront parfois de lymphangites et d'abcès et entraîneront la *suppression de l'allaitement maternel*.

Enfin il est une imprudence qui n'est pas spéciale, il est vrai, à la campagne, mais que nos paysannes commettent souvent : c'est la continuation des rapports sexuels pendant la grossesse. Sur ce point particulier, nous avons pu interroger 63 femmes, au sujet de leurs 63 dernières grossesses.

12 s'étaient abstenues pendant les trois derniers mois au moins.

27 n'avaient modifié en rien leurs habitudes avant la fin du 8e mois.

24 avaient eu des rapports jusqu'au voisinage du terme.

Aucune n'avait songé à cesser les relations conjugales aussitôt après la disparition des règles.

Cette statistique limitée ne nous permet pas de rechercher l'influence du coït sur l'évolution de la grossesse, mais elle suffit à nous montrer la fréquence d'une pratique que depuis Soranus d'Ephèse et Hippocrate, tous

les accoucheurs ont condamnée (1) et qu'interdit encore l'obstétrique moderne. Cependant le paysan devrait être mieux placé que tout autre, pour méditer le conseil donné jadis aux fidèles par Saint-Clément d'Alexandrie : « Il faut imiter dans l'acte conjugal le laboureur qui une fois qu'il a semé son champ attend en paix sa moisson ».

Manque de surveillance obstétricale. — On pourrait se demander pourquoi médecins et sages-femmes ne parviennent pas à inculquer aux femmes enceintes les plus élémentaires notions d'hygiène et à leur assurer, selon la pittoresque expression du professeur Pinard, *le repos du jour et de la nuit.* La raison en est que jamais les praticiens ne sont appelés auprès des femmes dont la gestation suit une évolution à peu près normale : la statistique suivante en témoigne :

Nombre de femmes interrogées. . . .	857	
Primipares : 432 Multipares : 425		
Nombre de grossesses chez les primipares .		432
— — chez les multipares.		1009
Total.		1441
Nombre de femmes ayant subi un examen obstétrical au cours de leurs grossesses	155	

(1) Consulter à ce sujet :

Hippocrate. — Traité des Maladies des femmes. Traduction Herrgott.

Brenot. — Influence de la copulation pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1903.

Ribemont-Dessaignes. — Traité d'obstétrique. Masson, Paris 1904, p. 147.

dont :

Primipares : 68 Multipares : 87

Nombre de grossesses examinées : chez les primipares	68
Nombre de grossesses examinées : chez les multipares	107
Total	175

Ainsi donc, sur 857 femmes 155 seulement ont consulté un praticien sur l'évolution de leur grossesse et sur 1.441 gestations, 175 seulement ont été surveillées. Encore faut-il avouer que les examens ont toujours porté sur des grossesses incertaines ou accompagnées de troubles, et très exceptionnellement (18 fois sur 175) sur des grossesses normales (1).

Cependant l'utilité de la *surveillance obstétricale* n'est pas discutable ; aussi bien dans nos villages qu'ailleurs, elle assurerait aux *grossesses pathologiques* les soins indispensables, elle permettrait d'éviter les *accouchements dystociques*, de transformer les présentations vicieuses, de fixer les présentations tardives, en un mot, de *prévoir* et de *pourvoir*.

§ 3. L'accouchement et le post-partum

Enfin, la paysanne arrive au terme de sa grossesse. *Insouciance des paysannes.* — Fortement charpentée

(1) Nous n'avons pas établi de statistique concernant l'évolution et la terminaison de ces 1.441 grossesses, car pour faire une comparaison utile il nous aurait été nécessaire d'avoir des renseignements sur une série équivalente de grossesses surveillées.

et dure à elle-même, elle attend sans appréhension l'heure de l'accouchement. A défaut de sage-femme, chaque bourgade possède une matrone experte en l'art de soigner bêtes et gens, vénérable commère qui jouit de l'heureux privilège de tout savoir sans avoir rien appris, et dont les aphorismes, mieux écoutés que ceux du célèbre médecin de Cos, forment la base de la thérapeutique populaire. C'est sur les bons offices de cette femme « *sciençoue* » comme l'on dit en patois, que compte la paysanne en cas d'événement imprévu. Aux premières douleurs, on consulte l'Egérie locale ; si elle décide que l'accouchement va se faire, alors seulement on va quérir la sage-femme.

Un premier résultat de cette imprudente quiétude est la fréquence *des accouchements irréguliers*. Souvent les contractions utérines surprennent la femme loin de la maison, au milieu de ses occupations agricoles. Il arrive alors que, durant le retour, la marche provoque la *rupture précoce de la poche des eaux* et l'écoulement du liquide amniotique; d'où, longueur du travail et souffrance du fœtus. Chez les grandes multipares par contre qui sont, dirait M^me^ de Sévigné « expéditives » *l'accouchement précipité* est à craindre et on nous a rapporté plusieurs cas de naissances, survenues loin du toit familial.

Quand la femme est chez elle, les voisines s'assemblent, l'on tient chapitre, et notre respectable matrone préside. Les conseils succèdent aux conseils, mais ni le fond ni la forme n'en varient guère. Ce sont des comparaisons à l'avantage des pratiques du bon vieux temps, des citations empruntées à la puerpéralité lo-

cale, des considérations sur la vertu obstétricale de telle ou telle infusion ou de telle ou telle coutume. En général, dans ces palabres, les gens de l'art sont fort malmenés : ce ne serait là qu'un léger inconvénient si les commères ne cherchaient à montrer leur zèle et leur savoir par des *interventions intempestives*. C'est alors que se produisent les palpers continuels, les nettoyages sommaires et sans méthode, les touchers inutiles et malpropres.

Pourquoi prendre tant de précautions, prétendent les bonnes femmes, puisque, tout à l'heure, on *mettra quelque chose dans l'eau pour empêcher la fièvre*. Au milieu de cette agitation, survient la sage-femme qu'un exprès est allé quérir parfois à plusieurs kilomètres. Que de causes de contaminations pour la mère, que de dangers pour le fœtus précèdent son apparition tardive !

Ce serait d'ailleurs une erreur de croire que les accouchements, faits dès le début avec son aide, offrent toujours les meilleures garanties.

La sage-femme et son rôle. Loin de nous la pensée d'apporter le concours d'arguments et de faits nouveaux à la vieille querelle qui divise médecins et sages-femmes, mais, par souci de l'exactitude, nous devons exposer sans partialité les résultats de notre observation.

La profession de sage-femme n'est jamais dans nos campagnes qu'un métier accessoire, exercé dans le but d'apporter au ménage des ressources supplémentaires. Fille ou femme de cultivateurs, l'accoucheuse participe aux travaux des champs, s'occupe de l'écurie et de l'étable, et vit dans un perpétuel contact avec les souil-

lures, les excrétats et les immondices de toute sorte : elle se contamine inévitablement dans ce milieu.

Les sages-femmes âgées, ignorent à peu près totalement l'antisepsie, un savonnage sommaire des mains et de la vulve, une injection vaginale au sublimé sans stérilisation ni du récipient ni de la canule, sont d'ordinaire les seules précautions qu'elles prennent. Elles touchent fréquemment, n'hésitent pas à hâter la dilatation avec le doigt et à rompre les membranes avant la dilatation complète. Toutes ces manœuvres favorisent l'infection, mais les vieilles sages-femmes n'en ont cure et leur mentalité se résume dans la réponse que nous fit l'une d'elles :

« Avec toutes les histoires de maintenant, il meurt autant de femmes que dans le temps ».

Nous regrettons de ne pouvoir lui apporter un démenti, du moins en ce qui concerne sa clientèle. Dans les villages où elle exerce, les décès de parturientes sont plus nombreux qu'ailleurs, mais faut-il s'étonner que l'antisepsie qu'elle ne pratique pas soit impuissante à sauver les femmes qu'elle soigne ?

Les sages-femmes plus jeunes, sont mieux instruites et, même en dehors des villes, celles qui dans notre arrondissement, sortent de l'école départementale de Chaumont ont reçu *une éducation antiseptique* suffisante. Malheureusement que de désillusions, que d'obstacles les attendent dans l'accomplissement de leur tâche !

Rôle ingrat, en effet, que celui de la sage-femme à la campagne, car il consiste à tout improviser avec des moyens de fortune... Pièce obscure, lit trop élevé et

fixé dans un réduit, malpropreté des choses et des gens, manque de cuvettes et de récipients, parfois manque de linge et de draps, telles sont les conditions que rencontre l'accoucheuse chez les parturientes.

Les personnes de l'entourage ne peuvent lui être d'aucun secours car elles n'ont nulle idée des précautions nécessaires. Si, par exemple, on leur demande de préparer de l'eau bouillie: elles choisissent un récipient plus ou moins graisseux, laissent l'eau bouillir quelques secondes à peine, l'exposent découverte à toutes les souillures extérieures, jugent de sa température en y plongeant un doigt malpropre, la puisent enfin avec une casserole sale. Il faut tout recommencer, un autre accident survient et le temps passe.

Placées en face de la réalité, loin des conseils de leurs professeurs et de leurs maîtresses, les sages-femmes oublient peu à peu les notions acquises et, par influence du milieu, retournent aux *anciens errements*.

Le médecin. — Quant aux *médecins*, ils font à peine 10 p. 100 des accouchements normaux. Viennent au contraire les difficultés, selon la pittoresque expression de M. le professeur Herrgott, « *ils paient patente pour être responsables* » d'une situation qu'ils n'ont pas créée et qu'ils sont parfois impuissants à modifier. Nous devons cependant leur reprocher de ne pas toujours savoir assez se garder d'intervenir et nous avons pu nous convaincre, qu'au cours des accouchements difficiles à la campagne, on fait un abus certain du forceps.

Aussitôt la période d'expulsion terminée, les pratiques dangereuses se renouvellent. La *ligature et la section du cordon* sont immédiates, des *tractions* intempestives

sont exercées pour hâter la *délivrance*, l'examen de l'arrière-faix est approximatif; nous avons même vu des sages-femmes s'assurer que le délivre était complet en plongeant directement dans l'utérus une main plutôt septique.

Le post-partum est mal surveillé : à part deux ou trois visites de la sage-femme, les soins sont confiés à l'entourage. La température n'étant pas régulièrement prise, les premières poussées fébriles passent inaperçues. Si donc, une infection se produit, l'intervention tardive du médecin rend plus incertains les effets de la thérapeutique, quelqu'énergique qu'elle puisse être. Signalons enfin que l'obligation où se trouvent les sages-femmes de distribuer indifféremment leurs soins aux parturientes saines et aux parturientes infectées constitue un grave danger dans les conditions où ce va-et-vient s'exerce.

Les accidents fébriles après l'accouchement. — En 5 ans, de 1906 à 1910, dans 54 villages, nous avons compté *58 décès dus à la puerpéralité* sur 1.951 naissances ; soit donc une *mortalité maternelle de 29,4 pour 1000*, près de 6 fois supérieure à la moyenne établie, dans les maternités par les statistiques récentes (1) : 5 pour 1.000, d'après Ribemont-Dessaignes.

Parfois il s'agit de *véritables épidémies.* A D... en 1910, on observe 12 naissances et 5 décès de parturientes, à S... en 1908, 20 naissances et 4 décès, à M... en octobre 1909, 3 enfants naissent, 3 mères succombent.

Pour le fœtus, le pronostic de l'accouchement n'est

(1) Ribemont-Dessaignes, loc. cit., p. 1261.

pas meilleur et nous avons déjà indiqué que la dystocie est un facteur important de la mortinatalité rurale (21 cas sur 104 sont dus à des accouchements dystociques).

Les complications non suivies de mort, les accidents fébriles sont fréquents chez les paysannes en couches : ce sont le plus souvent des élévations thermiques atteignant 38° et 38°5 avec lochies d'odeur suspecte. Au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre et l'on attribue à la fièvre de lait ces pyrexies passagères. Le plus grave inconvénient de ces affections atténuées est d'entraîner la suppression de l'allaitement maternel.

La plupart des suites de couches pathologiques sont évitables et nous ne craignons pas d'affirmer, que si un jour la *pratique judicieuse de l'antisepsie* devient générale à la campagne, le pronostic de l'accouchement sera meilleur chez la *femme nature* que chez la *femme civilisée*. En effet, en dehors de toute complication infectieuse et de toute malformation gynécologique, la paysanne supporte allègrement les fatigues et les douleurs du travail et, pour emprunter de nouveau une expression à la spirituelle marquise : « elle traite ses accouchements comme ceux de la femme d'un colonel suisse ».

Le lever précoce. — Si l'accouchée consent à garder le lit pendant quelques jours, il est impossible de la maintenir dans le décubitus dorsal. Elle se lève aussitôt ses forces revenues ; dès le 5e ou le 6e jour, elle vaque aux soins du ménage et nombreux sont les cas où le repos au lit dure à peine 48 heures. Certaines paysannes mettent un *point d'honneur* à ce *lever précoce*, mais le

motif en reste surtout le trouble que l'inactivité de l'accouchée jette dans l'exploitation agricole. A la *nécessité médicale du repos*, s'oppose la *nécessité sociale du travail* (« *il faut bien que l'ouvrage se fasse* ») : toute solution, pour être pratique, devra tenir compte de l'une et de l'autre.

CHAPITRE IV

Les facteurs de la mortalité infantile qui agissent après la naissance

---

Sommaire. — *L'alimentation.* — Fréquence des divers modes d'allaitement. Les obstacles à l'allaitement au sein. La pratique de l'allaitement maternel. Le sevrage. L'allaitement artificiel. La production du lait, la traite, les fraudes, la pratique de l'allaitement artificiel. Résultats des divers modes d'allaitement.

L'hygiène du nouveau-né et du nourrisson. — Habillement, sommeil, berceau, propreté et change. Soins en cas de maladie.

§ 1. — L'allaitement des nourrissons

Fréquence des divers modes d'allaitement. — L'enfant est né : il faut le *nourrir*. Trois modes d'alimentation sont possibles : *l'allaitement maternel*, *l'allaitement artificiel*, *l'allaitement mixte*. Etablissons quelle est dans les campagnes de l'arrondissement de Langres la fré-

quence de chacun d'eux. Les renseignements que nous possédons à ce sujet nous ont été fournis par *873* femmes que nous diviserons en deux catégories :

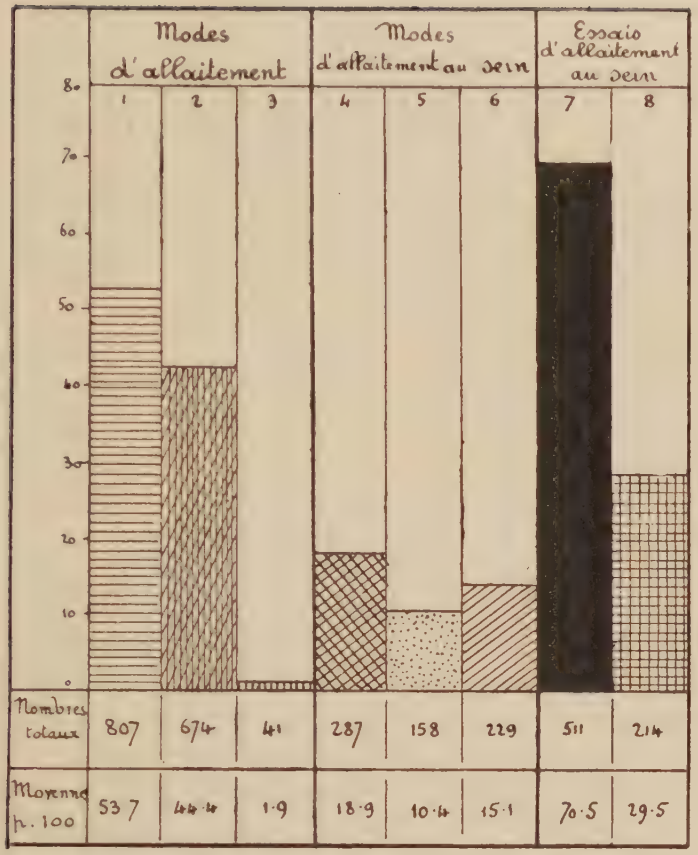
725 jeunes mères représentant le présent et *148 femmes plus âgées* représentant le passé.

En ce qui concerne les premières, les résultats de l'enquête ont été les suivants :

Nombre de femmes interrogées : 725.
Elles ont eu 1.522 enfants vivants dont :
287 ont été nourris au sein de façon continue :
158 ont été nourris au sein au moins pendant trois mois.
229 ont été nourris au sein pendant moins de trois mois.
807 ont été soumis à l'allaitement artificiel.
41 ont été soumis à l'allaitement mixte.
511 femmes ont essayé, au moins une fois, l'allaitement au sein au cours de leurs maternités successives.
214 femmes ont nourri tous leurs enfants au biberon.

Ramenons ces résultats à 100 enfants et à 100 femmes, et représentons graphiquement les moyennes trouvées (graphique n° 11).

D'après ces chiffres, *l'allaitement mixte* (1,9 %) est chose à peu près *inconnue* dans nos campagnes, par contre *l'allaitement artificiel y prédomine* (53,7 %). Quant à *l'allaitement au sein*, essayé au moins une fois par beaucoup de femmes (70,5 %), des causes diverses le font abandonner, tantôt presque immédiatement (15,9 %), tantôt après quelques mois (10,4 %) et si 44 % des enfants commencent à être nourris par leur mère, *18,9 % c'est-à-dire un peu moins de la moitié* bénéficient jusqu'au sevrage de l'allaitement maternel.



Fréquence des divers modes d'allaitement

Graphique n° 11

Cette proportion varie avec les régions et nous pouvons l'évaluer ainsi dans les divers cantons :

Canton d'Auberive		Enfants nourris au sein	60 %
—	Bourbonne-les-Bains	—	40 —
—	Fays-Billot	—	50 —
—	Laferté-sur-Amance	—	40 —
—	Langres	—	40 —
—	Longeau	—	50 —
—	Montigny-le-Roi		35 —
—	Neuilly-l'Evêque	—	30 —
—	Prauthoy	—	55 —
—	Varennes	—	35 —

Nous remarquons que l'allaitement au sein est plus fréquent dans les régions où dominent les cultures pauvres et les forêts (Auberive, Prauthoy, Longeau) que dans les cantons surtout adonnés à la culture des céréales (Montigny, Neuilly). Dans les cantons viticoles et dans les villes, le nombre des enfants nourris au sein oscille autour de la moyenne générale (44 %).

Il y a 25 ou 30 ans, l'allaitement au sein dans nos campagnes était encore moins répandu que maintenant. Les femmes âgées que nous avons interrogées au nombre de 148, avaient eu 304 enfants dont seulement 112 avaient été nourris au sein, soit 37 %. Nous pourrions même citer plusieurs villages, notamment dans les cantons de Varennes et de Montigny, où, à l'époque considérée, l'allaitement au sein était une rareté.

Les obstacles à l'allaitement au sein

La classe sociale, le degré d'aisance, la profession des parents influent aussi sur le mode d'alimentation des nourrissons, le tableau suivant le prouve :

Fréquence de l'alimentation au sein suivant la condition sociale des parents

Professions des parents	Nombre d'enfants	Enfants alimentés au sein	
		Nombre total	Nombre p. 100
Cultivateurs	829	294	35,4
Vignerons	208	127	61,3
Artisans	126	74	58,7
Négociants.	92	41	44,5
Fonctionnaires. . . .	20	10	50
Employés de chemins de fer	57	24	42,1
Vanniers	43	18	41,8
Couteliers	61	26	42,6
Carriers et terrassiers.	86	60	69,8
Total. . .	1.522	674	44,4
Degré d'aisanse des parents			
Parents riches	53	18	33
— aisés	462	167	36,3
— pauvres . . .	335	163	48,3
— nécessiteux. .	307	135	42,6
— miséreux. . .	49	36	73,4
	1.206	519	43,1
Fortune indéterminée.	316		
Total. . .	1.522		

L'examen de ces résultats nous conduit à deux conclusions :

1° *L'allaitement maternel à la campagne est plus rare chez les cultivateurs que dans n'importe quelle autre profession.*

2° *Dans les familles riches et aisées, les nourrissons élevés au sein sont moins nombreux que dans les familles pauvres.*

Ces particularités n'ont rien qui doive nous étonner car, répétons-le, chez les cultivateurs riches ou aisés, la femme est une véritable bête de somme à qui son maître laisse à peine le temps d'être mère. Chez les pauvres au contraire, ou chez les artisans, les travaux des champs, en raison de leur moindre importance lui permettent plus facilement de rester à la maison et par suite de nourrir ses enfants.

L'influence des conditions sociales mise à part, nous avons recherché pourquoi les paysannes n'allaitaient pas, et pourquoi beaucoup d'entre elles cessaient de nourrir prématurément : nous résumons dans le tableau suivant, les réponses des femmes interrogées :

Obstacles à l'allaitement maternel à la campagne

Nombre de femmes interrogées	384
Nombre d'enfants nourris au biberon	807

Motifs invoqués par les mères	Nombre d'enfants
Faiblesse de constitution de la mère	118
Maladies diverses de la mère	35
Nécessités sociales	223
Ignorance et mauvais conseils	141
Insuffisance ou mauvaise qualité du lait chez la mère	126
Malformations des mamelons	35
Crevasses et abcès du sein	106
Débilité du nouveau-né	13
Malformations chez le nouveau-né	10
Total	807

Motifs qui empêchent la continuation de l'allaitement maternel à la campagne

Nombre de femmes interrogées 193
Nombre d'enfants nourris d'abord au sein puis au biber. 387

Motifs invoqués par les mères	Nombre d'enfants
Maladies diverses de la mère	21
Nécessités sociales	123
Ignorance et mauvais conseils	51
Mères placées comme nourrices	6
Insuffisance ou mauvaise qualité du lait chez la mère.	80
Crevasses et abcès du sein	67
Nouvelle grossesse	21
Causes diverses.	18
Total	387

Au premier rang des *obstacles à l'allaitement maternel* à la campagne, il faut donc placer les nécessités sociales et en particulier le rôle de la femme dans l'exploitation agricole.

Quand approche la saison des grands travaux des champs, beaucoup de mères renoncent à nourrir, par crainte d'un surcroît de difficultés ou de fatigues. Le travail les appelant presque tout le jour au dehors, il leur faudrait pour continuer à donner le sein, soit apporter leur bébé avec elles, soit accomplir, plusieurs fois le trajet assez long des champs à la maison.

Elles considèrent comme une solution beaucoup plus pratique d'abandonner leur enfant au berceau, à la surveillance insuffisante d'une petite fille ou d'une voisine. Or, c'est au cours des chaleurs de l'été, à l'époque

de l'année où le biberon devient le plus dangereux que se produit d'ordinaire cette instauration malsaine de l'allaitement artificiel : ni la fenaison, ni la moisson n'en souffrent, mais quelquefois l'enfant en meurt.

Un autre motif qui pousse les femmes à ne pas nourrir, ou à cesser de nourrir, est qu'*elles se croient mauvaises nourrices, par défaut de quantité ou de qualité de leur lait*. Voici comment cette opinion leur vient. Si dans l'intervalle des tétées, un enfant pousse des cris difficiles à calmer, la mère croit qu'il « réclame à boire » et comme elle ne peut continuellement donner le sein, elle ajoute à l'allaitement maternel quelques biberons intercalaires. L'enfant suralimenté, ne manifeste plus aucune ardeur au moment des repas ; le lait de vache lui cause parfois quelques coliques, ses cris continuent, il semble dépérir. On accuse alors le *manque* de lait ou le *mauvais* lait de la nourrice, on augmente le nombre des biberons, et, faute de tétées vigoureuses et régulières, la sécrétion lactée se tarit chez la mère.

C'est encore au *manque de lait* qu'il faut attribuer les mises au biberon prématurées, survenant après l'accouchement, quand la *montée laiteuse tarde* et se manifeste seulement vers le sixième ou le septième jour.

Chaque fois, en un mot, que l'allaitement maternel est *supposé* insuffisant : on le supprime et, la fonction créant l'organe, on réalise ainsi exactement le contraire de ce qu'il faudrait faire.

Voilà comment, sur nos 1294 enfants, 206 ont été nourris artificiellement, en raison d'une agalactie ou d'une hypogalactie prétendues et, pour la même raison,

128 femmes sur 577, soit 22 %, n'ont pas allaité ou ont cessé d'allaiter.

L'*agalactie complète* et primitive est une rareté. M. le professeur Pinard nie même son existence, au sens propre du mot ; l'*hypogalactie marquée* n'est pas sensiblement plus fréquente, puisque la plupart des accoucheurs ou des pédiâtres français évaluent le nombre des femmes qui peuvent allaiter de 90 à 96 % (1). Une enquête faite par la Dr Gœpfert (2), dans le service de M. le professeur Haushalter et à la *Consultation du bon lait* a révélé l'*agalactie* chez 2 femmes seulement sur 267. D'après nos propres renseignements : sur 128 cas de soi-disant agalactie ou hypogalactie nous n'en avons rencontré que 17 où l'insuffisance de la sécrétion lactée était manifestement *primitive*.

La *faiblesse de constitution* de la mère, si souvent invoquée, nous a paru dans la plupart des cas un motif non moins inadmissible. A voir nos paysannes, d'apparence si robuste, exprimer des inquiétudes sur la vigueur de leur constitution, nous ne pouvions nous empêcher de les comparer à ces frêles jeunes femmes des grandes villes, pour lesquelles la maternité et l'allaitement sont un fardeau autrement redoutable. Nous devons donc ici faire une réserve sur la sincérité des réponses faute d'un examen approfondi impossible à faire.

Quant aux *crevasses*, aux *lymphangites* et aux *abcès*

---

(1) Dr G. Variot. — Traité d'hygiène infantile. Paris, Doin, édit., 1910.

(2) Gœpfert. — Protection et assistance de la première enfance. Thèse de Nancy, 1903-1904.

du sein, ils entraînent inévitablement la suppression de l'allaitement maternel, leur fréquence s'explique par le manque de soins locaux pendant la grossesse et aussi par le manque de propreté pendant l'allaitement. Les femmes ne savent ni les prévenir, ni les soigner et même si un seul sein est malade elles donnent délibérément le biberon. Pour toutes les autres causes pathologiques locales ou générales, susceptibles de contre-indiquer l'allaitement maternel, une observation analogue est à faire. En présence d'une affection, on ne recherche à déterminer ni sa durée probable, ni sa gravité, on met d'emblée le nourrisson au biberon et tout est dit.

Les grandes coupables, en l'espèce, avouons-le, sont *les sages-femmes*. Par ignorance et par routine, elles ne font rien pour déraciner les préjugés des mères ni instruire celles-ci. Quelques-unes semblent n'avoir aucune notion de la supériorité de l'allaitement maternel sur l'allaitement artificiel et c'est à *leurs conseils que sont dus nombre de sevrages injustifiés*. Sans vouloir chagriner personne, nous avons remarqué chez certains médecins, une semblable insouciance de l'alimentation réservée aux nourrissons : sur ce point particulier, l'éducation des praticiens nous a paru renfermer des lacunes.

Allaitement maternel

Mal dirigées ou insuffisamment surveillées par les gens de l'art, les mères-nourrices s'en remettent aux conseils des voisines: elles font comme leurs mères ont fait, et à interroger les unes et les autres on obtient des réponses presque identiques.

Tout d'abord *la première tétée est tardive.* On sait en effet, qu'avant la montée laiteuse, la glande mammaire secrète du *colostrum* en quantité un peu plus abondante que pendant la grossesse. Cette substance, dont la composition tend à se rapprocher de plus en plus de celle du lait, jouit de propriétés laxatives et favorise l'évacuation du méconium. De plus la succion est le meilleur moyen de hâter la montée du lait. A ce double titre des *tétées précoces sont donc utiles à la fois à la nourrice et à l'enfant.* Or, c'est l'usage dans nos campagnes de ne mettre l'enfant au sein que 36 à 48 heures après l'accouchement. Avant ce moment, on l'alimente avec des liquides variés (eau sucrée, eau additionnée de fleurs d'oranger, eau miellée, eau additionnée de sirop de chicorée, eau rougie), dont la composition n'est pas toujours inoffensive.

Les tétées sont habituellement *irrégulières* comme durée, comme intervalle et comme nombre. Certaines femmes continuent à vaquer à leurs occupations en donnant le sein, et l'enfant, suspendu à un mamelon tiraillé, boit mal. D'autres laissent leur nourrisson s'endormir pendant la tétée qui devient alors d'une longueur interminable, sans que la quantité de lait absorbée soit suffisante ; d'autres, par excès contraire, provoquent sans cesse l'enfant à boire et attendent une régurgitation de lait pour cesser d'allaiter. Même lorsque la paysanne demeure à la maison, l'*intervalle des tétées est très variable* : le sommeil du nourrisson et les occupations de la mère règlent seuls l'alimentation. Si l'enfant crie, on lui donne à boire, s'il dort, on se garde de le réveiller, s'il est l'heure de garnir les rateliers et

les mangeoires, ou de conduire le bétail à la fontaine, les animaux sont servis d'abord, l'enfant ensuite.

A l'époque des grands travaux de la campagne, pendant l'été, cet irrégularité atteint son maximum. Les bébés emportés par leur mère au dehors, forment une minorité. Un tablier étendu à terre sous un vaste parapluie leur sert de berceau, personne ne les garde, rien ne les protège contre les piqûres des insectes, et le repos des travailleurs seul, marque pour eux l'instant des tétées. Quant aux nourrissons laissés à la maison, ils sont mis au sein d'ordinaire trois ou quatre fois dans la journée; des biberons remplis de lait, d'eau sucrée et même d'eau rougie complètent leur alimentation grâce aux soins des sœurs aînées ou des grand'mères.

Aucun contrôle n'est exercé ni sur la quantité de lait absorbé, ni sur la progression du poids de l'enfant. Toutes les femmes s'imaginent que plus l'enfant est gras, mieux il se porte; selon l'expression populaire, il *devient bon* et on le *suralimente*.

S'il dépérit, on le suralimente encore, on le gave, jusqu'au jour où la gravité de son état nécessite l'appel du médecin. Le régime prescrit, tout à fait opposé aux pratiques jusque là suivies, étonne les mères et leur semble un blâme indirect. Il n'est pas rare alors de les voir consulter une commère, à leur avis mieux avertie, et sur ses conseils, elles retournent aux anciens errements.

Dès que l'enfant atteint l'âge de trois ou quatre mois, les croûtes de pain et les *aliments étrangers* commencent peu à peu à faire leur apparition.

Nous ne saurions assez nous élever contre l'usage si général des croûtes de pain.

Sans doute, elles empêchent le nourrisson de sucer son pouce et adoucissent les souffrances des éruptions dentaires, mais leur désagrégation en fait des aliments indigestes et leurs débris peuvent obstruer les voies respiratoires. De plus, elles se souillent facilement, tombent à terre ou traînent éparses dans les berceaux et, frottées légèrement sur un tablier plus ou moins propre, sont replacées telles quelles dans la bouche de l'enfant.

Les farines lactées, et plus tard les œufs, les bouillies au lait et à la farine, l'eau panée, les semoules sont successivement ajoutées à l'allaitement au sein bien avant le 9e et même le 7e mois. Aux repas de famille, le nourrisson, assis sur les genoux de sa mère, *tripote* avec ses doigts dans l'assiette de celle-ci et suce consciencieusement tous les aliments qui lui tombent sous la main. Personne ne songe à l'en empêcher. Ainsi, nous avons vu un bébé de cinq mois porter à sa bouche d'énormes morceaux de lard et, de l'avis des parents, c'était là un signe de précocité et de vigueur.

Quant à l'*hygiène des nourrices :* c'est un mythe pour nos paysannes. Elles ne prennent *aucun soin de propreté* générale ou locale : les seins, parfois essuyés, ne sont jamais lavés, les mamelons frottent directement contre la chemise ou la camisole sans pansement protecteur. La base de l'*alimentation* reste la potée au lard et aux choux et le bol de café noir continue à tenir lieu de petit déjeûner.

Le sevrage. — Au cours des pages qui précédent, nous

avons indiqué les motifs pour lesquels nos paysannes remplacent l'allaitement au sein par l'allaitement artificiel, soit dès les premiers jours, soit après quelques mois, déterminons maintenant comment sont *sevrés* les nourrissons qui continuent à être élevés au sein.

Ici aucune règle habituelle : *la date et le mode du sevrage varient à l'extrême, suivant les mères et suivant les circonstances.* Tandis que certains enfants sont, dès le 9e mois, séparés complètement du sein de la mère, d'autres sont allaités jusqu'à vingt mois et même deux ans. Ces limites, pour extrêmes qu'elles soient, sont souvent atteintes et la période intercalaire ne présente pas de maximum bien net. Tout au plus a-t-on l'impression que les sevrages sont plus fréquents du 11e au 15e mois, mais une statistique est impossible, car, pour nombre d'enfants nourris au sein, les commémoratifs ne permettent pas de déterminer la date de la dernière tétée.

Le sevrage lui-même est plutôt progressif, mais sans progression régulière. L'alimentation étrangère, si précoce, nous l'avons vu, sert d'abord de ration de complément avant de servir de ration de remplacement, et l'on peut dire qu'en général, quand l'enfant cesse de prendre le sein, il commence de suite à vivre à la table commune. La soupe aux choux, la potée, la viande, le vin lui sont permis dans presque toutes les familles. A la grande joie de ses parents, il mange *comme un homme ;* seule, la quantité diffère.

Allaitement artificiel

D'après notre statistique et d'après les renseignements

recueillis auprès des praticiens, 50 % de nos petits paysans en moyenne, sont élevés au biberon. Examinons quel lait leur est fourni et comment il leur est donné.

La production du lait. — A part de très rares exceptions, *le lait de vache est le seul utilisé.*

Les vaches qui le produisent sont des animaux de petite taille appartenant, soit à la race *montbéliarde*, soit à une race indéterminée désignée par les éleveurs sous le nom de « vache de pays ». Au point de vue *rendement*, ce sont plutôt de médiocres laitières donnant annuellement 2000 à 2300 litres de lait (1), c'est-à-dire 5 à 6 litres par jour en moyenne. Au point de vue *qualité du lait*, les seuls renseignements que nous possédions sont dus à l'obligeance des agents du service des fraudes, qui nous ont communiqué quelques analyses, faites sur des échantillons de lait prélevés en vertu de la loi du 1er août 1905.

20 analyses de lait reconnu non fraudé, nous ont donné les moyennes suivantes :

Composition moyenne du lait de vache (100^{cm3})

Matières grasses	4,3
Lactose	4,7
Matières azotées	3,4
Extrait sec	13,5
Matières minérales	0,7
Densité	1033,5

(1) Chiffres établis d'après les carnets de fourniture délivrés à certains fermiers par les laiteries et beurreries.

Comparons ces résultats à la moyenne adoptée par le Conseil d'hygiène et le Laboratoire municipal de Paris en 1885 (1) :

	Pour 100 cc. de lait.
Matières grasses.	4,0
Lactose.	5,0
Matières azotées	3,4
Extrait sec	13
Matières minérales	0,6
Densité.	1033

Nous remarquons que notre lait est riche en matières minérales et en beurre ; par contre, il renferme une quantité de lactose relativement faible. Il est facile d'y remédier, et si l'on rangeait les vaches laitières par ordre de *qualité nutritive du lait*, les vaches de notre pays se placeraient immédiatement après les Normandes et les Suisses, avant les Bretonnes, les Morvandelles et les Charolaises.

Outre la race, le moment de la traite, la fréquence des traites, l'âge de l'animal, l'âge de la lactation, le rut et la castration peuvent encore faire varier la composition chimique du lait fourni par une vache déterminée. Sur la plupart de ces points, l'analyse ne conduit pas à des conclusions certaines et les auteurs ne sont pas d'accord, néanmoins, on peut constater que nos paysannes préfèrent, quand c'est possible, ne pas donner à leurs enfants du lait de vaches en rut ou trop éloignées de leur dernière parturition.

Parmi les problèmes communs à l'industrie laitière

(1) Variot. — Traité d'hygiène infantile, page 226.

et à l'hygiène infantile, l'un des plus importants est la transmission possible de la *tuberculose* de la race bovine à la race humaine par l'intermédiaire du lait. Deux moyens permettent d'éviter cette tuberculose par ingestion : c'est d'abord l'*élimination systématique* des vaches tuberculeuses de la production laitière, c'est ensuite l'*ebullition systématique* du lait avant sa consommation. Chez la vache, l'épreuve de la tuberculine sert de base au diagnostic de la bacillose et tous les animaux qui réagissent devraient être écartés. Malheureusement, la coutume des inoculations est loin d'être générale. Quelques vétérinaires font de louables efforts pour la répandre (1), mais d'autres s'en soucient moins et ni les paysans, ni les marchands, ne sont encore habitués à faire établir *régulièrement* pour leurs animaux cette sorte de brevet sanitaire.

La *fièvre aphteuse des bovidés*, maladie transmissible à l'homme suivant les uns, non transmissible suivant les autres (2), cause dans nos campagnes d'assez fréquentes épizooties, mais les mères savent que le lait des animaux atteints peut être dangereux pour le nourrisson et elles s'abstiennent de l'utiliser. Il en est de même du lait des vaches qui présentent de la *mammite suppurée*.

Les *conditions de stabulation* influent sur l'état sani-

---

(1) D'après des inoculations faites dans les étables de l'arrondissement 5 à 10 % des animaux réagiraient à la tuberculine.

(2) Anderodias. — Le nouveau-né et le nourrisson. La pratique des maladies des enfants. Paris, Baillière 1909, page 29. Variot, *loc. cit.*, page 300.

taire des animaux et par suite sur la qualité du lait. Si la stabulation est presque permanente, si les étables sont insalubres et malpropres, non seulement les vaches laitières dépérissent, mais encore le lait est exposé à des contaminations plus fréquentes et sa conservation est moins facile. L'article 12 du Règlement sanitaire municipal (1), applicable aux communes ou parties de communes rurales, définit ainsi le minimum d'hygiène requis par la loi.

« Le sol des écuries et étables devra être rendu imperméable dans la partie qui reçoit les urines ; celles-ci devront s'écouler par une rigole ayant une fente suffisante.

« Les murs des écuries et étables seront blanchis à la chaux. La hauteur sous plafond des écuries destinées aux espèces chevaline et bovine sera au moins de $2^{m}60$.

Elles seront bien aérées ».

Ces prescriptions n'ont reçu dans notre arrondissement, *aucune application pratique*. Sauf dans les grandes exploitations, chez nos cultivateurs, écurie et étable ne font qu'un, les chevaux occupant la place d'honneur près de la porte, les vaches étant reléguées plus au fond. Suffisamment vastes en surface, ces écuries-étables manquent de hauteur, d'air et de lumière ; l'atmosphère y est chaude, odorante et lourde. Dans les maisons neuves seules, le sol y est pavé et présente la rigole exigée, ailleurs, il se compose d'un cailloutis inégal, raboteux et perméable sur lequel stagnent en

(1) Circulaire ministérielle du 30 mai 1903.

larges flaques les liquides putrides. Du côté de la rue, une porte flanquée d'une ou deux meurtrières ; à l'autre extrémité, un soupirail obstrué par de la paille ou des planches sont l'unique source de ventilation et d'éclairage du lieu. Notre système fiscal avec *son impôt sur les portes et fenêtres* est en grande partie la cause de cette parcimonie apportée à l'établissement des ouvertures dans les dépendances de l'habitation rurale.

Chez les manouvriers, journaliers et artisans qui ne possèdent pas de chevaux, l'étable située au fond de la grange est un réduit où les pires conditions d'insalubrité semblent réunies ; manque d'air, de lumière, d'espace, de hauteur sous plafond ; malpropreté des murs, perméabilité du sol : tout contribue à rendre ces taudis dangereux pour les animaux qui y séjournent.

Mal aménagées, les étables sont aussi mal entretenues. D'après Nocard (1), il est indispensable de renouveler les litières trois fois par semaine et de laver le sol de l'étable avant de placer la nouvelle litière. Or, dans nos campagnes, si de la paille fraîche est étendue matin et soir ou tout au moins chaque jour sous les animaux, les litières souillées ne sont guère enlevées qu'une fois par semaine et, en hiver, il arrive même qu'on les laisse plus longtemps, dans le but de préserver les animaux du froid. Aussi une couche craquelée d'excrétats couvre-t-elle d'ordinaire l'arrière-train des vaches laitières de nos campagnes et le panache terminal de leur queue promène ces souillures sur le pis et les trayons.

(1) C. R. des séances du conseil d'hygiène de la Seine, 18 février 1897.

Heureusement *la bonne alimentation du bétail* compense en partie l'insalubrité et la malpropreté des étables. Les vaches, nourries en hiver avec du foin, de la paille, un mélange de betteraves, de son et de petit lait ou d'eau, sont conduites au pâturage matin et soir pendant le printemps et l'été. En septembre, octobre et novembre, elles restent au dehors durant la plus grande partie de la journée et par suite, sont moins exposées aux dangers de la stabulation. Les drêches, les résidus de brasserie ou de distillerie, les tourteaux de graines oléagineuses, les feuilles de betteraves et de pommes de terre, toutes substances reconnues nocives à la bonne qualité du lait, sont rarement utilisés dans l'alimentation des laitières. Il est exceptionnel également que nos paysans pratiquent ce que l'on appelle « le mouillage du lait au ventre », c'est-à-dire provoquent cette *polylactie morbide* créée, chez les vaches tenues à l'étable, par un régime spécial particulièrement riche en eau.

La traite. — Examinons maintenant comment se fait la récolte du lait, comment nos paysannes procèdent à la *traite*.

D'après René Guérault, cité par Variot (1), on peut, au sujet de la traite, énoncer les prescriptions suivantes :

1° Avant de traire, éviter tout mouvement dans l'étable ;

2° Laver les trayons ;

3° Avoir les mains absolument propres.

4° Recevoir le lait dans des bidons stérilisés et fermés ;

(1) Variot, loc. cit., p. 261.

5° Ne pas le laisser dans l'étable ;

6° Aussitôt après la traite filtrer et refroidir ;

7° Couvrir d'une mousseline légère ;

8° Placer dans un endroit frais, sain et aéré.

On sait que le transport et la manipulation des fourrages répandent dans l'atmosphère une énorme quantité de poussières et de microbes ; il y aurait donc intérêt à cesser de remuer le foin ou la paille dans les étables quelques heures avant de traire. Or c'est précisément le contraire qui a lieu, tous les soins que réclame le bétail étant donnés aux mêmes moments de la journée. Accompagnons une paysanne à l'heure de la traite. Dans ce réduit, où nous avons déjà vu la pierre d'évier, elle va quérir un seau et en jette le contenu à la volée devant la porte, puis elle remet un peu d'eau au fond, emporte le tout à l'étable, mouille plus qu'elle ne lave les trayons, frotte sommairement avec cette eau de lavage les parois du seau, vide enfin ce dernier et commence à traire. La queue malpropre de la bête projette par intervalle, des souillures dans le liquide, mais la paysanne n'en a cure car, tout à l'heure, elle *passera* le lait et cette purification macroscopique lui semble une suffisante garantie. A notre avis, elle constitue, dans les conditions où elle s'opère, une source nouvelle de contamination. Le filtre utilisé, sorte de cuvette en zinc dont le fond, a été remplacé par un morceau de toile, ne subit aucun nettoyage préalable. Dans l'intervalle des traites, il est mis à sécher sur le rebord d'une fenêtre, à un endroit où perchent fréquemment les volailles et où peuvent se déposer les poussières de la route, les débris de fourrage, les détritus de fumier et

et autres substances septiques. Le filtre devient ainsi un véritable milieu de culture dont le rôle dangereux n'est certainement pas atténué par le peu d'eau qu'on jette sur lui de loin en loin. Une fois filtré, le lait est conservé dans des terrines en grès *non couvertes*, placées dans un buffet soit à la cuisine, soit au poêle.

Les pratiques que nous venons d'esquisser sont celles en usage chez les paysannes réputées propres, et, si quelques-unes, par exception, se savonnent les mains avant la traite, combien d'autres, par contre, ne songent même pas à prendre les quelques précautions apparentes dont il a été parlé plus haut.

Cette question de *la production du lait* est capitale au point de vue de l'hygiène infantile, *surtout dans les agglomérations ouvrières et dans la population urbaine*. Le nourrisson des campagnes a en effet l'heureux privilège de consommer le lait presqu'aussitôt après la traite, avant que les colonies microbiennes aient eu le temps de s'y développer et que la composition chimique du liquide se soit modifiée. Le nourrisson des villes reçoit au contraire un aliment déjà altéré, dont la flore microbienne est d'autant plus riche et les impuretés d'autant plus nombreuses qu'il a été recueilli depuis plus longtemps et avec moins de soins.

Pour assurer à tous les bébés un lait de bonne qualité, *il faut non seulement contrôler la vente du lait, il faut encore le protéger contre les contaminations dues soit au mauvais état sanitaire des vaches laitières, soit à la malpropreté des paysannes*, il faut en un mot organiser la *surveillance de la production du lait*.

Les fraudes. — En dehors des altérations spontanées

du lait, il en existe d'autres qui sont dues à l'avarice et à la malhonnêteté des producteurs.

Dans nos campagnes de l'arrondissement de Langres, éloignées des grands centres et des agglomérations ouvrières, l'industrie laitière locale peut suffire largement aux besoins de la population, le commerce du lait ne fait pas l'objet de grandes entreprises et le lait est vendu directement par le producteur au consommateur.

De ce fait, il n'échappe pas à toute falsification et, au point de vue du lait qu'ils reçoivent, on peut diviser les nourrissons en trois catégories :

1° *Les enfants de paysans possesseurs de vaches laitières* : ils forment une forte majorité et consomment du lait non fraudé.

2° *Les enfants dont les parents habitant la campagne mais n'ayant pas de vache, se fournissent de lait à proximité, chez des voisins par exemple* : eux encore reçoivent un lait très exceptionnellement fraudé.

3° *Les enfants des petites villes et des gros bourgs* où l'adduction du lait se pratique ainsi :

Chaque matin, les paysannes des fermes et villages des alentours apportent dans des chaudrons, le produit de la première traite qui seule sert à la consommation quotidienne. Le lait ainsi vendu (0 fr. 20 le litre) est certainement de qualité inférieure. En raison des transvasements nécessaires, il est exposé plus que tout autre aux contaminations microbiennes, il est battu par le transport, il peut être souillé par le contact de *la mesure*, qui, chez tous les clients successivement, est plongée dans le même récipient. Il fermente vite, est

consommé tardivement et c'est encore sur lui que s'exerce *l'habileté des fraudeurs.*

Au cours de l'année 1911, 10 condamnations ont été prononcées dans l'arrondissement de Langres pour falsifications du lait. Toutes concernent des faits de *mouillage.* Rappelons à ce sujet, que l'*écrémage* se traduit par la pauvreté du lait en matières grasses et l'augmentation de son poids spécifique ; au contraire la diminution de la densité, la diminution de tous les éléments du lait dans une même proportion, révèlent *le mouillage ou addition d'eau.* Les deux sophistications sont souvent d'ailleurs faites en même temps ; elles entrainent en effet des variations en sens inverse du poids spécifique, susceptibles de se compenser et d'échapper ainsi au contrôle du densimètre. Dans nos campagnes, les fraudeurs se contentent en général de mouiller le lait et nous résumons dans le tableau suivant, la conclusion des analyses faites, au laboratoire de l'*Institut régional agronomique de Dijon*, sur les 10 échantillons fraudés qui en 1911 ont donné lieu à des condamnations :

Fraudes sur le lait en 1911

Echantillons nos 1	Mouillage de	70 %	
2	—	55 %	analyse détaillée A
3	—	37 %	
4	—	17 %	analyse détaillée B
5	—	18 %	analyse détaillée C
6	—	55 %	
7	—	12 %	et écrémage de 30 %
8	—	46 %	
9	—	22 %	
10	—	35 %	

Pour plus de précision, nous reproduisons trois analyses détaillées concernant les échantillons : 2, 4 et 5 du précédent tableau.

Analyse A. — Echantillon n° 2

Densité à + 15°	1.014
Extrait à 100°	60 gr
Matière grasse	18,7
Extrait dégraissé	41,3
Lactose	20,9
Caséine	14,1
Cendres	3,3
Somme	38

Lait mouillé à 55 %

Analyse B. — Echantillon n° 4

	Lait fraudé	Lait témoin	Observations
Densité à + 15°	1.027	1.031	
Extrait à 100°	106,7	129,4	
Matière grasse	31,8	40,2	
Extrait dégraissé	74,9	89,2	Lait mouillé à 17 %
Lactose	36,4	45,2	
Caséine	28,3	33,2	
Cendres	6	7,4	
Somme	70,7	85	

Analyse C. — Echantillon n° 5

	Lait fraudé	Lait témoin	Observations
Densité à + 15°	1.026	1.032	
Extrait à 100°	116,1	140,5	
Matière grasse	39,6	47,4	
Extrait dégraissé	76,5	93,1	Lait mouillé à 18 %
Lactose	37,7	48,8	
Caséine	26,5	33	
Cendres	6,8	8,3	
Somme	71	90,1	

On conçoit combien est diminuée la valeur nutritive des laits ainsi frelatés. Quand ils sont consommés par des adultes, le mal est encore réparable, la quantité pouvant suppléer à la qualité et le lait ne formant pas l'unique base de l'alimentation. Chez l'enfant, il en va tout autrement, car, au cours des premiers mois de la vie, le coupage habituel du lait déjà antérieurement mouillé ou écrémé, réduit d'autant la ration alimentaire du nourrisson qui ne reçoit dès lors ni ce qui lui est nécessaire, ni ce que l'on croit lui donner. Ajoutons, avec le docteur Variot (1), que l'eau employée par les fraudeurs pour effectuer le mouillage est loin d'être toujours propre et qu'elle peut devenir par ses germes pathogènes un agent de contamination.

Ainsi donc, le lait de vache que consomment habituellement les nourrissons de nos campagnes est produit par des animaux sur l'état sanitaire desquels aucun contrôle ne s'exerce, mais dont l'alimentation est bonne. Il est recueilli dans des conditions très insuffisantes de propreté et les pratiques en usage pour la traite l'exposent à des contaminations certaines. A la campagne, son utilisation immédiate pallie en partie les effets nuisibles que pourrait engendrer le développement des colonies microbiennes ; à la ville au contraire, où les arrivages de lait se font une seule fois par jour, sa consommation tardive et les fraudes possibles, le rendent plus dangereux pour l'enfant.

La pratique de l'allaitement artificiel à la campagne. — Au sujet de la pratique de l'*allaitement artificiel* dans

(1) Docteur G. Variot. — Loc. cit., page 267.

les campagnes, nous pourrions répéter la plupart des critiques déjà précédemment formulées à propos de l'allaitement maternel.

Rien n'est plus irrégulier que le contenu, le nombre et l'intervalle des biberons offerts à l'enfant au cours d'une journée. Le *coupage du lait*, pendant les 3 premiers mois, dans la proportion de deux parties de lait pour une partie d'eau sucrée à 10 % (1), unanimement conseillé par les pédiatres et accoucheurs français est une coutume que n'admettent point nombre de nos paysannes. Sur 807 enfants nourris au biberon, dont nous avons interrogé les mères, 336, c'est-à-dire *41,7 pour 100 avaient bu du lait pur dès leurs premiers jours*, 281 (34,7 %) avaient reçu du lait coupé dans une proportion variable, pendant moins d'un mois, et 190 (23,6 %) pendant plus d'un mois. Ni la fréquence, ni la durée du *coupage du lait* ne permettent donc de considérer cette correction comme d'un usage courant dans notre milieu rural.

Une question beaucoup plus importante est celle de la *stérilisation du lait*.

Il y a vingt ans, le lait cru était presque le seul utilisé

---

(1) Le docteur Variot conseille le coupage au tiers pendant les six premières semaines, puis le coupage au quart jusqu'à trois mois. Docteur G. Variot, loc. cit., page 371.

— Andérodias partage l'opinion de Variot. Andérodias, loc. cit., page 302.

— Marfan conseille le coupage au tiers pendant trois mois.

— M. le professeur Pinard fait observer qu'il n'y a pas de règle absolue. A. Pinard. La puériculture du premier âge, Paris, Colin 1909, p. 99.

dans l'alimentation des nourrissons de la campagne et la croyance populaire lui attribuait des qualités nutritives supérieures à celles du lait bouilli. Cette opinion n'était peut-être pas dénuée de tout fondement, puisqu'en ces dernières années, divers auteurs ont préconisé le lait cru comme étant un lait « vivant », contenant des ferments capables d'aider à sa digestion et à son assimilation, avantage que supprimerait l'action de la chaleur. Seule l'observation directe de nourrissons, soumis à l'une et à l'autre alimentation, permettrait de trancher le débat de façon certaine ; néanmoins nous ne craignons pas de considérer l'usage du lait cru comme dangereux dans nos campagnes, en raison de la fréquence de la tuberculose bovine et de la malpropreté qui préside à la traite.

A l'heure actuelle, d'ailleurs, un revirement s'est produit et la coutume de faire bouillir le lait destiné aux enfants est de plus en plus adoptée par les ménagères rurales. Ainsi sur nos 807 enfants élevés au biberon, 254 seulement consommaient du lait cru et il n'apparaît point qu'ils en aient recueilli un profit spécial.

Malheureusement, si l'utilité de l'ébullition pour la conservation quotidienne du lait est un principe généralement admis, nulle part cette ébullition n'est efficace, car elle n'est jamais bien faite. Dès que le lait placé sur le feu commence à monter, on cesse la chauffe; la température atteinte n'est alors que de 80° et ne suffit pas à détruire les ferments lactiques et les microbes pathogènes. Pour obtenir une stérilisation acceptable, il faut laisser le lait bouillir à gros bouillons pendant trois à cinq minutes et attendre pour le couvrir, son re-

froidissement complet. Cette dernière précaution n'étant, elle non plus, jamais prise, la vapeur d'eau qui s'échappe du liquide se condense sous le couvercle dont les souillures retombent dans le lait avec les gouttelettes ainsi formées.

Faite dans de bonnes conditions, la *simple ébullition aussitôt après la traite, serait à la campagne un excellent procédé de conservation du lait :* mal pratiquée, si elle supprime quelques germes, elle en apporte d'autres en raison des transvasements supplémentaires qu'elle nécessite. En ville, où le délai qui s'écoule entre la traite et la consommation n'est pas négligeable, il vaudrait mieux donner aux nourrissons du lait de deux traites et le stériliser par l'emploi de la méthode Soxhlet.

L'appareil utilisé pour faire boire l'enfant est presque uniquement le *biberon*. L'allaitement au *pis* de l'animal ne se rencontre pas, l'emploi du *verre* est restreint à quelques exceptions et la *cuiller* est réservée aux enfants débiles.

Il n'y a guère plus de dix ans, le biberon à long tube (*biberon Robert*) régnait en maître dans nos campagnes. Il était si commode : on le plaçait dans le berceau à côté de l'enfant afin que le lait restât tiède et, une fois la tétine dans la bouche du bébé, les mères pouvaient retourner à leurs occupations. Mais aussi le tube en caoutchouc, rarement et mal nettoyé, constituait un véritable milieu de culture, où le lait aspiré s'enrichissait en ferments et en microbes. Aujourd'hui, les biberons à tubes sont de plus en plus délaissés par les mères ; ils

disparaîtront bientôt en vertu de la loi suivante, promulguée au *Journal officiel*, en octobre 1910 :

« Article premier. — La vente, la mise en vente, l'exposition et l'importation des biberons à tubes, sont interdites. »

De l'avis de tous les auteurs, le *meilleur biberon est celui dont la propreté est le plus facile à entretenir* et, à ce point de vue, le simple flacon cylindrique muni d'une tétine est préférable aux systèmes les plus ingénieux. Il est nécessaire toutefois que ce flacon porte une *graduation*, soit une seule échelle de graduation en grammes comme la bouteille Soxhlet, soit une graduation indiquant la ration prescrite à chaque nourrisson suivant son âge, comme le biberon proposé par le Dr Variot. Or, par raison d'économie, beaucoup de paysannes achètent des tétines mais pas de bouteilles, et la graduation reste un luxe pour les biberons des enfants de la campagne.

Si le biberon est facile à nettoyer, il ne faudrait pas en conclure que ce nettoyage est soigneusement fait : un peu d'eau salée secouée matin et soir dans le flacon, un peu d'eau froide versée sur la tétine, telles sont les seules précautions en usage. Aussi les biberons dégagent-ils d'ordinaire une odeur aigrelette ; le lait y fermente vite et quand il « tourne » les femmes accusent plus volontiers sa mauvaise qualité que leur malpropreté. Il est même curieux de noter que chez les ménagères admettant la nécessité de l'ébullition, l'eau non bouillie est exclusivement employée pour le nettoyage des ustensiles destinés à la traite, pour le rinçage desbiberons et même pour le coupage. Or nous savons déjà

quelle est la *pureté* de cette eau et quels dangers de contamination elle offre.

Pour éviter les altérations du lait, il n'existe pas d'autres moyens que le *nettoyage régulier des biberons et des tétines après chaque tétée avec de l'eau bouillie chaude additionnée de carbonate de soude* : c'est à cette pratique qu'il serait utile de rallier les mères de la campagne. Il faudrait de plus leur faire comprendre que biberons et tétines doivent être préservés de toute souillure, qu'ils ne doivent être manipulés qu'avec des mains minutieusement propres et que, tombés à terre ou dans les berceaux, ils doivent être nettoyés avant toute utilisation nouvelle.

Nous ne songeons évidemment pas à rendre *aseptique* l'alimentation du nourrisson, nous voudrions seulement qu'elle fût *propre* et dans nos maisons rurales, à notre avis, un grand progrès serait réalisé si tous les ustensiles qui servent à la récolte, à la préparation, à la consommation et à la conservation du lait absorbé par les nourrissons, *étaient affectés uniquement à cette destination spéciale et déposés dans un endroit également spécial.*

Au point de vue de la durée et de l'intervalle des tétées, nous n'avons rien à ajouter ni à retrancher aux critiques déjà formulées à propos de l'allaitement maternel : l'*irrégularité est la règle.*

Beaucoup de mères ont quelques notions concernant la réglementation des repas du nourrisson : quand on les interroge, elles affirment donner un biberon toutes les deux heures et demie d'abord, toutes les trois heures ensuite, mais si l'on insiste, on arrive à se convaincre

que ces tétées soi-disant *trihoraires* sont en réalité irrégulières et incomplètes, et que des repas plus ou moins nombreux s'intercalent entre ceux indiqués.

Quant *à la ration alimentaire,* ce sont les cris de l'enfant qui la déterminent. Les mères ne connaissent ni la capacité du biberon, ni la quantité de lait absorbée chaque jour par le nourrisson : elles calculent seulement la dépense effectuée et suivant les cas, l'enfant *boit pour 4 ou 6 sous de lait, quelquefois même pour 8 sous.* Ces chiffres représentent approximativement un litre, un litre et demi et même deux litres. Au premier abord, il semble donc qu'une suralimentation énorme soit imposée aux nourrissons campagnards, et une étude plus attentive des faits confirme cette opinion première,

Chez 152 femmes ayant des nourrissons d'âges divers, nous avons *mesuré les récipients* contenant la quantité de lait consommée chaque jour et le tableau suivant résume nos constatations :

Ration alimentaire des nourrissons de la campagne soumis à l'allaitement artificiel

Ages des enfants	Nombre d'enfants	Quantité moyenne de lait pur ou coupé absorbée par 24 heures	Quantité à prescrire d'après Anderodias
5 j. à 1 mois	7	600 gr.	525 gr.
1 à 2 —	9	710	600
2 à 3 —	14	820	660
3 à 4 —	19	950	650
4 à 5 —	18	980	690
5 à 6 —	15	1050	730
6 à 7 —	10	1130	770
7 à 8 —	11	1200	810
8 à 9 —	14	1280	850
9 à 12 —	35	1280 à 1860	850 à 1000

De l'examen de ces chiffres, il résulte que le nourrisson rural est soumis à une *suralimentation constante*, accusée surtout à partir du 4e mois. A la fin de la première année, l'enfant arrive à absorber presque le double de la quantité de lait qui lui serait nécessaire : c'est-à-dire environ 1 lit. 1 2 à 2 litres, au lieu de 850 à 1000 gr.

Inutile d'ajouter que l'usage du lait non coupé et l'alimentation solide prématurée contribuent encore à augmenter l'exagération de cette ration alimentaire, exposant ainsi les bébés aux troubles digestifs et au rachitisme.

Résultats comparatifs de l'allaitement artificiel et de l'allaitement au sein à la campagne

Déterminons maintenant quelle influence l'alimentation exerce sur la *mortalité et l'état sanitaire* du nourrisson à la campagne.

Rappelons tout d'abord que, sur 100 décès de causes connues, autres que la débilité congénitale, le nombre de ceux qui sont dus à des troubles digestifs varie entre 50 et 60 et que cette moyenne est supérieure à celle établie pour l'ensemble des villes de France, par MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph. A quoi attribuer cette surmortalité par troubles digestifs, sinon à l'alimentation. A ce point de vue l'enquête est démonstrative.

Parmi les 1.522 enfants dont nous avons pu connaître le mode d'alimentation, les décès se répartissent ainsi :

Enfants nourris au sein de façon continue . .	287	décès 27
— — pendant plus de 3 mois	158	— 12
— — — moins de 3 mois	229	— 31
à l'allaitement artificiel . . .	807	— 134
	1.481	204

Commentons ces résultats :

Les enfants nourris au sein, de façon continue, présentent une mortalité infantile de 91 pour 1000, ceux exclusivement nourris au biberon, une mortalité de 166 pour 1000. Les premiers sont donc 1,7 fois moins exposés à la mort que les seconds.

Les enfants nourris au sein, pendant plus de trois mois, présentent une mortalité de 76 pour 1.000 (entre 3 mois et 12 mois) et *les enfants nourris au sein, pendant moins de trois mois*, une mortalité de 83 p. 1.000, au cours de la même période d'âge (19 décès sur 31 de 3 mois à 12 mois). On peut donc en conclure que : *plus l'allaitement au sein est prolongé, plus le nourrisson a de chances de survie.*

D'un autre côté, parmi les 241 enfants dont le décès a été attribué à la gastro-entérite, 22 seulement, soit 9,1 %, avaient été nourris au sein de façon continue. Il en résulte que la mortalité par troubles digestifs est environ 2 fois plus fréquente chez les nourrissons élevés au biberon que chez les nourrissons élevés au sein (1).

(1) Nous avons établi au commencement de ce chapitre que la proportion des enfants élevés exclusivement au sein était de 18,9 %, si donc on ne trouve parmi les décès dus à la gastro-entérite que 9,1 % d'enfants nourris au sein, c'est que ces derniers meurent 2 fois moins que les enfants nourris au biberon ou inversement.

Tous ces résultats numériques nous permettent d'affirmer la supériorité de l'allaitement maternel sur l'allaitement artificiel au point de vue de la sauvegarde de l'enfance, mais, il faut reconnaître que dans notre région l'inégalité des résultats est moins accentuée qu'ailleurs.

Ainsi, dans le canton de Paimpol, d'après une statistique récente des docteurs Variot et Thierry (1), la mortalité infantile chez les enfants nourris au sein serait seulement de 36,5 pour 1.000 et celle des enfants élevés au biberon atteindrait 164 pour 1.000; c'est-à-dire, environ le *quadruple*. De même, dans le Tarn-et-Garonne, d'après le docteur Péduran (2), les proportions seraient : 92,6 pour 1.000 et 367 pour 1.000. Budin (3) cite une statistique du bureau d'hygiène de Rouen évaluant la mortalité des enfants nourris au sein à 42 pour 1000 et celle des enfants élevés au biberon à 160 pour 1000.

Enfin une statistique établie à la Maternité de Nancy de 1900 à 1904 (4), montre que la mortalité au sein varie entre 22,38 % et 10,32 %, tandis que la mortalité au biberon varie entre 59,26 % et 48 %.

Il semble donc, qu'en général, la vitalité des enfants nourris au sein est à celle des enfants nourris au bibe-

---

(1) La mortalité infantile dans le canton de Paimpol (Clinique infantile, 1905 et 15 sept. 1908.

(2) Docteur Péduran, loc cit.

(3) La mortalité infantile de 0 à 1 an par Pierre Budin (Ann. de médecine et de chirurgie infantiles, 1er avril 1903).

(4) Docteur Liautey. Contribution à l'étude de la mortalité infantile par l'allaitement artificiel. Thèse de Nancy, 1904, p. 11.

ron, comme 4 est à 1 ; dans notre région elle est seulement comme 2 est à 1.

Si en particulier nous comparons nos résultats à ceux de MM. Variot et Budin, nous remarquons que l'anomalie constatée tient surtout *à l'augmentation considérable de notre mortalité au sein*. Ce fait s'explique par l'adjonction à l'allaitement maternel des biberons intercalaires et de l'alimentation solide précoce.

Nous n'avons pas établi de statistique concernant les quelques cas d'*allaitement mixte* que nous connaissions et l'on se demandera peut-être, pourquoi nous n'avons pas compris sous ce titre tous les cas où le sein et le biberon étaient utilisés en même temps. C'est qu'à notre avis, pour qu'il y ait *allaitement mixte*, il faut que le biberon soit régulièrement donné et *remplace* un nombre déterminé de tétées au sein. En dehors de cette règle, le biberon n'est qu'un aliment surajouté et dès lors il ne s'agit plus d'*allaitement mixte* mais de *suralimentation*.

La mortalité, mise à part, il est difficile de déterminer l'influence de la mauvaise alimentation sur *l'état de santé* des nourrissons. Pour établir une statistique, à ce point de vue, il faudrait examiner en détail de nombreux enfants ; or, si les mères consentent volontiers à laisser entrevoir leurs bébés, elles hésitent davantage à les réveiller ou à les déshabiller, et les recherches en ce sens sont nécessairement limitées.

Quoi qu'il en soit, d'après l'opinion des praticiens et notre impression personnelle, c'est surtout *la dyspepsie grasse* qu'on observe chez les nourrissons campagnards à partir de 3 ou 4 mois. Beaucoup d'enfants qui, en

raison de leur obésité précoce, sont la joie et l'orgueil de leur mère se présentent avec un visage pâle et bouffi, des téguments laiteux, un ventre gros et flasque, un thorax évasé, des fesses érythémateuses. D'ordinaire leurs selles, au lieu d'être jaune d'or et bien liées, sont compactes, blanchâtres et grumeleuses. Quand arrive l'été, des poussées diarrhéiques alternent avec cette constipation habituelle ; dans les cas graves, l'enfant dépérit rapidement et la *dyspepsie atrophique* ou la *gastro-entérite suraiguë* terminent la scène ; dans les cas bénins au contraire, l'enfant, échappant à ces dangereuses éventualités, s'achemine peu à peu vers le *rachitisme*.

Cette maladie de la nutrition est une affection fréquente à la campagne, même chez les nourrissons élevés au sein et *suralimentés*. Les bébés à grosse tête et à gros ventre, présentant un thorax évasé, des épiphyses tuméfiées, une dentition irrégulière, des membres inférieurs déformés, sont légion dans notre milieu rural. Pour le prouver, à défaut de statistique, nous avons établi qu'en moyenne, chez les enfants de paysans : la première dent fait son apparition à 8 mois (8,3), la marche débute à 14 mois (13.9) et l'articulation des premières syllabes commence vers la fin de la première année. Sauf en ce qui concerne la parole, le développement est donc retardé et, contrairement à la règle habituelle, les nourrissons qui sont élevés au sein ne semblent jouir d'aucun avantage appréciable.

Encourager et régulariser la pratique de l'allaitement maternel, surveiller la production du lait, empêcher la suralimentation précoce et les abandons injustifiés

du sein pour le biberon, vulgariser enfin les précautions nécessaires au sevrage, sont des mesures qui s'imposent au premier chef dans le milieu rural pour éviter les décès et les malfaçons dont souffre la population infantile des campagnes.

CHAPITRE V

L'HYGIÈNE DU NOURRISSON à la campagne

Sommaire. — Hygiène du nouveau-né. Habillement. Sommeil et berceau. Propreté et change. Contagions possibles. Soins en cas de maladie.

A la campagne, au premier rang des victimes du manque d'hygiène, se place l'enfant qui vient de naître. Sur lui retombe tout le poids de l'ignorance, des préjugés et des erreurs et la pédiatrie rurale abonde en pratiques d'autant plus dangereuses qu'elles sont basées sur une indéracinable routine. « On a toujours fait, ou vu faire comme cela, on ne s'en est pas porté plus mal », tel est l'argument qui s'oppose à ce qu'on fasse mieux en faisant autrement, et prive le nourrisson campagnard des progrès les plus élémentaires de l'hygiène infantile moderne.

Dès ses premiers vagissements, l'enfant en souffre

car, faute d'autorité ou faute d'instruction, trop de sages-femmes de nos villages propagent les erreurs qu'elles devraient combattre. Ainsi, chez le nouveau-né, elles se dispensent volontiers de pratiquer la toilette des yeux destinée à prévenir la redoutable *ophtalmie purulente ;* elles remplacent le bain général par un lavage sommaire avec une éponge ou une pièce de toile ; elles semblent ignorer l'utilité de la pesée. Comme les déformations plastiques de la tête fœtale et la bosse sero-sanguine provoquent d'ordinaire l'inquiétude des mères, certaines matrones pour « reformer la tête du nouveau-né » lui *pétrissent* le crâne, lui allongent le nez, lui modèlent les narines, lui préparent de mignonnes fossettes en lui comprimant les joues. De même qu'au temps du grand roi (1), les sages-femmes sectionnent encore *le frein de la langue* pour faciliter la succion, et nous connaissons un cas où cette manœuvre a été suivie de l'apparition d'un abcès sublingual rapidement mortel.

Quant aux taches *ectasiques fronto-palpébrales*, considérées comme la manifestation « des envies » de la mère au cours de la grossesse, onguents, liniments, solutions de toute nature sont employés pour les faire disparaître, et, les topiques utilisés étant parfois caustiques, il arrive qu'une cicatrice indélébile remplace la coloration passagère des téguments. Toutes ces pratiques sont dangereuses, leur efficacité est discutable et

(1) Tout charme en un enfant dont la langue sans fard
A peine du filet encore débarrassée
Sait d'un air innocent bégayer sa pensée.
BOILEAU, épitre IX.

leur inutilité certaine. La nature, en effet, se charge seule ordinairement de modeler au mieux la tête de l'enfant, d'adapter le frein de la langue à sa fonction, de rendre à la peau sa coloration normale.

Habillement. — La question de l'hygiène vestimentaire de l'enfant a fait couler beaucoup d'encre et, depuis Montaigne (1), de nombreuses controverses ont surgi entre adversaires et partisans du *maillot* sans que soit intervenue une solution certaine.

Quoi qu'il en soit, malgré Locke et J.-J. Rousseau, le *maillot* reste à la campagne le vêtement habituel de la première enfance et la *couche-culotte*, ou habillement à l'anglaise, est au contraire d'un usage exceptionnel. Les bébés, il est vrai, ne sont plus enfermés dans leurs langes les bras collés au corps, mais presque toujours ils ont la poitrine comprimée par une bande enroulée autour du maillot qui, étroit ou trop court, empêche les libres mouvements des membres inférieurs. Malgré ces imperfections, le maillot nous paraît cependant préférable à l'habillement anglais, car dans nos habitations rurales, la température ambiante est très inégale et les causes de refroidissement sont fréquentes. Pour la même raison, contrairement à l'exemple de tous les pédiatres, nous n'osons blâmer le *port habituel du bonnet*, à l'intérieur de pièces dont les portes joignent mal ou sont constamment ouvertes, dont le sol est humide, dont la vaste cheminée chauffe mal en hiver et crée des courants d'air en été.

---

(1) Cf Montaigne. Essais, livre II, ch. XII : Apologie de Raymond Sebond.

Sommeil et berceau. — Les moyens qui sont de nature à provoquer le sommeil chez les enfants sont variés, mais non tous inoffensifs, et, comme l'a dit Fonssagrives (1), « de bonnes habitudes de régularité, l'isolement des excitations extérieures, du bruit et de la lumière, devraient dispenser de tout autre artifice ».

Pour arriver à cet idéal, il faudrait aux mères quelque fermeté, malheureusement les cris de l'enfant font tomber la plupart d'entre elles dans le système précaire des concessions, faute d'une impassibilité désirable. Aussi l'usage de *bercer* les enfants qui crient est-il resté général et, si les *berceaux qu'on berce* tendent à devenir de plus en plus rares, les *berceaux qu'on secoue* sont par contre en grande majorité. Beaucoup de mères ont même la mauvaise habitude de laisser leurs enfants dormir une grande partie de la journée dans de petites voitures auxquelles, en cas de pleurs, elles impriment un balancement et une trépidation rapides.

Pendant la nuit, d'après une coutume courante, le nourrisson couche à côté de sa mère : cette pratique est dangereuse.

D'abord elle peut être la cause de déplorables accidents, dont le premier n'a pas été signalé d'hier, si l'on s'en rapporte au témoignage de la Bible à propos du jugement de Salomon (2) ; puis elle crée chez l'enfant

(1) Fonssagrives. Entretiens familiers sur l'hygiène. Delagrave, 1870, p. 109.

(2) « Le fils de cette femme, dit l'une des deux mères, est mort pendant la nuit, parce qu'elle l'a étouffé en dormant ». (Rois, liv. III, chap III, v. 19).

Les règlements de l'Église condamnent, eux aussi, cette pratique.

des exigences nouvelles et tend à rendre l'allaitement nocturne irrégulier ou continu.

Nous ne saurions également trop nous élever contre l'abus des tisanes soporifiques et particulièrement des *infusions de têtes de pavots* qui constituent pour le nourrisson un véritable poison.

Par décret du 14 avril 1911, « les têtes de pavots sont ajoutées à la liste des substances toxiques, figurant au décret du 8 juillet 1850 »; leur vente est ainsi réglementée, mais chacun peut s'en procurer sans débours dans tous les jardins de nos villages.

Enfin, il nous reste à adresser aux mères de la campagne une dernière critique : celle de munir le berceau de *rideaux épais* qu'elles ferment hermétiquement, souvent même avec des épingles, et d'obliger ainsi le nourrisson à vivre à l'abri de la lumière, dans une atmosphère confinée et malsaine.

Propreté et change. — Quand on visite les habitations rurales, les marmots qu'on y rencontre sont d'ordinaire crasseux, ni débarbouillés, ni mouchés ; ils prennent leurs ébats sur le sol souillé de la cuisine, ramassent tout à terre, portent tout à leur bouche et, c'est avec un peu de salive humectant le coin d'un tablier ou d'un mouchoir, que les mères tentent le plus souvent de leur redonner figure humaine.

Les nourrissons ne sont pas mieux traités : on ne les baigne pas, on les lave à peine et certaines mères ne les « changent » que deux fois par jour. Les langes simplement imbibés d'urine sont séchés sans être nettoyés, et si l'enfant ne crie pas ou ne s'agite point, il reste des heures entières mouillé ou sali, sans que

l'on songe à le démailloter. Les cavités naturelles de la face, le cuir chevelu, ne sont l'objet d'aucun soin.

La matière seborrhéique qui s'accumule au niveau de la fontanelle antérieure est soigneusement respectée : pour les uns elle est un signe de vigueur et de santé, pour les autres elle favorise l'élimination des humeurs.

Faute de toile imperméable, la literie des berceaux se souille peu à peu et dégage une odeur repoussante ; les linges malpropres y voisinent dans un pêle-mêle sans nom avec le biberon, la sucette, les croûtes de pain et les hochets de toute nature.

Au milieu de ce gâchis, l'enfant s'infecte, et la malpropreté seule suffit à expliquer la fréquence de *l'impetigo* chez les nourrissons de la campagne.

Les contagions possibles, les soins en cas de maladie. — Quand, dans le milieu familial, une maladie aiguë ou chronique fait son apparition, aucune précaution n'est prise pour empêcher l'enfant d'être victime de la contagion. Qu'il soit suspect de scarlatine, de rougeole, de diphtérie ou de coqueluche, le malade n'est pas séparé des siens et, même après avis du médecin, l'isolement, faute de place, reste relatif. Le tuberculeux vit de la vie commune ; expectorant à bouche que veux-tu, soit à terre, soit dans son mouchoir, contaminant les objets usuels avec ses doigts souillés, il dissémine à travers la maison des bacilles, grâce auxquels la tuberculose fera demain *boule de neige* dans la famille. Le syphilitique promène des lésions, qu'il ne croit point contagieuses (sauf par un procédé très spécial) ; le

malade atteint d'affections cutanées ou parasitaires laisse traîner çà et là ses vêtements et sa coiffure.

Les lèvres qui embrassent l'enfant, le doigt qui lui caresse la joue, la bouche qui goûte la bouillie ou vérifie le tirage du biberon, sont autant de véhicules de contage (1). Trop souvent le nourrisson passe de mains en mains comme une poupée ou comme un jouet, quand il importerait, au contraire, de le soustraire aux contacts étrangers et de lui éviter ainsi des contaminations diverses par les personnes et par les choses.

Ignorantes en fait de prophylaxie, les mères possèdent toute une thérapeutique à elles. Beaucoup considèrent par exemple l'impetigo et les écoulements d'oreille comme des affections salutaires qu'il faut se garder de traiter car elles contribuent à l'élimination des humeurs de l'organisme ; d'autres, *sur les conseils d'une sage-femme* frottent les gencives des enfants avec des crêtes de coq saignantes pour accélérer la dentition; ailleurs une queue de taureau suspendue au cou pendant les trois premiers mois rend les nourrissons vigoureux et les garantit contre les « nouures ». Dans certains villages, l'ictère physiologique des nouveau-nés est soigné par le *pansement du secret* : cataplasme herbacé qu'on applique au front et aux poignets après des incantations bizarres. Le froid, les vers, la dentition expliquent tout, aussi bien les troubles digestifs que les affections de l'appareil respiratoire ; les sirops et les in-

(1) Cf. G. Etienne et M. Perrin : Dangers de contamination de diverses maladies. Rapport à la Société de médecine de Nancy, le 22 mai 1907.

fusions suffisent à tout, même aux maladies les plus graves.

Aussi bien, nous ne demandons pas aux mères de poser des diagnostics et d'instituer des traitements, mais nous exprimons le souhait qu'elles comprennent enfin la nécessité de l'examen médical : *habituel* pour les nourrissons en bonne santé et *précoce* pour les nourrissons malades.

CHAPITRE VI

LES CATÉGORIES SPÉCIALES D'ENFANTS

Indigents, Illégitimes, Protégés et Assistés

Sommaire. — *Les enfants indigents.* — Influence de la misère sur la mortalité infantile urbaine. Dans le milieu rural l'influence de la misère est variable suivant les régions : très importante dans l'Aube, elle est peu sensible dans l'arrondissement de Langres Influence de l'absence des mères.

Les enfants illégitimes. — Mortalité des enfants illégitimes en France Fréquence de l'illégitimité dans le milieu rural. Influence de l'illégitimité sur la mortalité infantile et sur la mortinatalité dans l'arrondissement de Langres. Illégitimité légale et illégitimité réelle.

Les enfants protégés et les enfants assistés. — Les enfants protégés, définition. Documents statistiques, leur valeur. Influence des envois en nourrice sur la mortalité infantile. — Les enfants assistés, documents statistiques, le métier de nourrice. — L'arrondissement de Langres n'est pas une région d'industrie nourricière.

Les enfants *pauvres*, les enfants *illégitimes*, les nourrissons *confiés à des mains mercenaires* ou *recueillis par l'Assistance publique* subissent au maximum l'influence des divers facteurs auxquels nous avons assigné un rôle dans l'étiologie de la mortalité infantile.

§ 1. — Les enfants indigents

« L'indigence est un mal, a écrit M. Leroy-Beaulieu (1), mais pour un esprit réfléchi, c'est encore un des plus bénins, un des moins étendus qui frappent nos sociétés civilisées ».

Cette opinion n'est pas celle des hygiénistes. Devant chacun de leurs vœux, la misère se complaît à dresser une impossibilité, elle donne aux conseils les mieux justifiés un caractère douloureusement dérisoire, elle rend les réformes les plus urgentes impuissantes et stériles. Entre toutes les *maladies* qui frappent le *corps social*, elle est l'une des plus invétérées et assurément l'une des moins curables, car, véritable rocher de Sisyphe, elle oblige le malheureux à une lutte incessante, non seulement contre la vie, mais encore contre la mort. A ce point de vue, les nourrissons pauvres ne font pas exception à la règle et ils sont décimés comme disait Sydenham : *ré angusta et morbo*.

A la ville, la plupart des statistiques accusent une surmortalité infantile dans les *quartiers* et dans les

(1) Leroy-Beaulieu. — Sisyphisme et paupérisme.

familles pauvres. D'après le docteur Variot (1), le nombre des décès de 0 à 1 an pour 1000 naissances, varie dans Paris du simple au double quand on passe des Champs-Élysées (102 décès de 0 à 1 an pour 1000 naissances à Belleville (245 pour 1000 naissances). — A Nancy, une enquête faite par M. le professeur Haushalter (2) a montré que dans la classe ouvrière indigente, la mortalité infantile était de 203 pour 1000 et des recherches analogues poursuivies par le docteur Zuber (3) ont abouti à une moyenne plus élevée encore : 231 pour 1000. A la même époque, cependant, la mortalité infantile moyenne en ville était de 179 pour 1000 et, sur 150 enfants issus de familles aisées, 6 seulement, soit 40 pour 1000 succombaient avant d'arriver au terme de leur première année. En Angleterre (Clay-Hope), en Allemagne (Wolf), en Belgique (Drupetiaux), des enquêtes diverses ont abouti à des résultats presqu'identiques et, il semble que dans le milieu urbain, on puisse formuler cette règle :

Suivant les conditions de fortune des parents, la mortalité infantile passe du simple au double et quelquefois du simple au triple.

Cette proposition est-elle valable pour le milieu rural ?

Dans certaines contrées, l'extrême misère est aussi fréquente à la campagne qu'en ville et les masures des

(1) Variot. — Loc. cit., p. 41.

(2) P. Haushalter. — De la mortalité infantile dans la classe ouvrière indigente de Nancy. — *Revue Médicale de l'Est*, 1897.

(3) Dr Zuber. — De la mortalité infantile à Nancy. Thèse de Nancy, 1899, p. 15.

paysans pauvres sont encore, après deux siècles écoulés, « les tanières » (1), dont parlait jadis La Bruyère. Telle est, par exemple la situation dans une région qui touche à la nôtre : dans la vallée de l'Aube et la forêt d'Othe (2). L'hygiène y est vaincue par la misère et là, comme ailleurs, l'enfance supporte au maximum les frais de la lutte. — Dans 13 communes avoisinant Saint-Parres-les-Vaudes, le docteur *Bertrand* a dressé pour la période décennale 1891-1901, une statistique (3) qui répartit ainsi les naissances d'après l'état de fortune des parents :

Nombre total des naissances	831
Naissances de miséreux. . .	155
Naissances de nécessiteux .	218
Naissances d'illégitimes. . .	35

soit donc 408 naissances pauvres sur 831 naissances observées : c'est-à-dire près de la moitié. Mais aussi, quelle hécatombe parmi les nourrissons ! 249 pour 1000 meurent de 0 à 6 mois, 320 pour 1000 de 0 à 2 ans. La surmortalité infantile et la misère se côtoient, il y a entre elles plus qu'une coïncidence, il y a une relation de cause à effet.

Dans notre arrondissement, l'extrême misère est rare et chacun de nos villages compte à peine une ou deux familles dénuées de ressources.

---

(1) La Bruyère. — Les Caractères, chap. XI. De l'homme.

(2) Cf. G. Grau. — La lutte pour l'hygiène dans l'Aube. Revue d'hygiène et de police sanitaire, t. XXI, n° 12, pages 1277 et suivantes.

(3) Education sociale et assistance, vol. II, page 2. Troyes, P. Nouel, 1909.

Par contre, la gêne est fréquente surtout chez les manouvriers et les vignerons : le petit bien permet encore de nourrir une vache, un porc et quelques animaux de basse-cour, le jardin fournit des légumes et la famille subsiste à peu de frais ; mais qu'un accident ou une maladie arrive, l'équilibre du modeste budget est rompu, les privations commencent.

Toutefois cette médiocrité ne retentit pas d'une façon marquée sur le nourrisson. Aisées ou pauvres, en effet, nos paysannes reçoivent la même éducation ménagère, elles participent aux mêmes travaux, elles élèvent leurs enfants selon les mêmes méthodes, et les intérieurs les plus confortables ne sont pas toujours les plus propres.

Dans ces conditions, l'*inégalité de fortune* n'a pas comme corollaire nécessaire l'*inégalité hygiénique* et seule l'extrême misère conserve une influence sur la mortalité infantile.

En voici la preuve :

Influence de l'état de fortune des parents sur la mortalité infantile

		Nombre de décès de 0 à 1 an	
Degré d'aisance des parents	Nombre d'enfants	Total	%
Parents riches. . .	53	6	113
— aisés. . . .	462	59	128
— pauvres. .	335	44	132
— nécessiteux	307	41	130
— miséreux. .	49	10	205
	Total 1206	Total 160	Moyenne 132

De ces moyennes, on peut conclure : dans nos campagnes l'aisance et la pauvreté supportent au même

titre le poids de la mortalité infantile, la richesse même ne crée pas pour la première enfance de privilège bien marqué, *seuls les nourrissons miséreux paient une dîme mortuaire excessive.*

Si l'indigence n'agit pas d'après son degré, elle agit du moins d'après le milieu où elle règne, et son influence, peu sensible chez le paysan, s'accentue chez l'ouvrier. Ainsi les terrassiers, maçons, carriers, tuiliers, scieurs, dont le salaire est peu rémunérateur et la progéniture souvent nombreuse, voient leurs familles décimées par la mortalité infantile ; au contraire, les couteliers et employés auxquels une meilleure paye permet plus de confort, présentent moins de décès parmi leurs nourrissons. Et cependant, comme le prouvent des chiffres déjà cités (voir : alimentation des nourrissons) chez les premiers, les enfants sont plus volontiers élevés au sein que chez les seconds, mais l'insalubrité matérielle et morale, plus fréquente chez ceux-là, annihile l'influence salutaire de l'allaitement maternel.

On trouvera dans le graphique n° 12, qui représente : les variations de la mortalité infantile suivant la profession des parents, la base statistique de ces considérations. On y observera que les nourrissons succombent en moins grand nombre dans les familles où la mère est retenue à la maison par ses occupations journalières, comme c'est le cas, par exemple, pour les petits négociants de nos villages, pour les employés de chemin de fer pour les vanniers et les jardiniers, souvent moins fortunés que les cultivateurs. En résumé, dans l'arrondissement de Langres, la mortalité infantile ne varie

Professions des Parents	Nbre total des Naissances	Nombre total des Décès de 0 à 1 an	Nombre des Décès de 0 à 1 an pour 100 Naissances (0 — 40 — 80 — 120 — 160 — 200 — 240 — 280)
Cultivateurs	1948	254	132.1
Carriers	120	21	175
Terrassiers. Maçons	118	30	254
Tuilers. Jaeurs Ouvriers d'Usines	183	39	213
Employés divers	106	14	134
Couteliers	202	26	129
Bûcherons Charbonniers	232	24	102
Jardiniers	220	23	104
Vanniers	271	30	110
Employés de Chemin de fer.	334	36	108
Artisans	243	31	117
Négociants	233	23	98.7
Vignerons	278	41	147
Moyennes	4448	592	132

Mortalité infantile suivant la profession des parents

Graphique n° 12

guère avec les conditions de fortune, sauf chez les ouvriers, et les facteurs qui interviennent sont surtout *l'insalubrité du milieu et l'absence des mères.*

§ 2. — Les enfants illégitimes

En raison des influences multiples qui, dès *la conception*, s'associent pour diminuer leurs chances de survie, *les nourrissons illégitimes* paient un lourd tribut à la mort. Fruits de l'insouciance, du hasard et parfois de la débauche, exposés aux tares héréditaires et aux dangers des grossesses clandestines ou des maternités secrètes, les enfants naturels sont encore menacés par l'abandon des mères et l'envoi en nourrice. Aussi, partout où la natalité illégitime est forte, la mortalité infantile augmente et partout, le coefficient de mortalité des enfants illégitimes est supérieur à celui des enfants légitimes, dans une proportion qui varie de 40 à 100 %.

En France, au cours de la période (1896-1900) (1), sur 1.000 nouveau-nés vivants, 255 mouraient annuellement parmi les enfants illégitimes et 149 seulement parmi les enfants légitimes ; le premier coefficient dépassait donc le second de 71 % et *la mortalité des enfants naturels était 1,7 fois plus forte que celle des enfants légitimes.* Bien que ces chiffres datent de dix ans, rien ne nous autorise à supposer qu'ils aient pu se modifier depuis.

Quant à la fréquence des naissances illégitimes, à

(1) *Semaine médicale* du 20 nov. 1907, p. 557.

l'heure actuelle, en France, elle se traduit par 88 naissances illégitimes sur 1.000 naissances totales (71.500 sur 807.291 en 1905), mais il n'est guère possible d'établir à ce point de vue une distinction entre le milieu urbain et le milieu rural.

Aux approches du terme, en effet, beaucoup de filles-mères quittent la campagne, pour aller abriter dans les maternités des villes un accouchement qu'elles redoutent tant à cause de la dépense nécessaire que de la malignité publique. De ce fait, l'illégitimité urbaine s'augmente d'un grand nombre de naissances qui devraient appartenir en réalité au milieu rural.

En outre, les campagnes envoient dans les villes toute une population flottante de soldats en garnison, de domestiques, d'employées et de servantes : tous gens généralement âgés de 20 à 30 ans et célibataires.

Il en résulte que la population des campagnes compte une proportion relativement plus grande d'impubères, de vieillards et de gens mariés ; rien d'étonnant dès lors à ce que, par rapport aux naissances totales, les naissances illégitimes y soient moins nombreuses, quand même l'illégitimité y serait plus fréquente.

Pour avoir l'expression exacte de la fréquence de l'illégitimité dans un milieu donné, il faudrait, comme le conseillent Levasseur (1) et Rumelin (2), y déterminer

---

(1) Levasseur. La population française. T. II, chap. XVII, Paris, Rousseau.

(2) Rumelin. Problèmes d'économie politique et de statistique. Traduction Riedmatten. F. Alcan 1896, p. 206.

le nombre des naissances illégitimes par rapport au nombre des femmes célibataires. Or les statistiques ne sont point établies sur cette base et voilà pourquoi elles donnent des résultats si élevés pour l'illégitimité urbaine. D'après Bertillon, sur 1.000 naissances, on compte :

107 naissances illégitimes dans la population urbaine
40 — — — rurale

D'après Drouineau (1) :

109,2 naissances illégitimes dans la population urbaine
46,3 — — — rurale

Dans notre arrondissement, où l'émigration *des jeunes* est si accentuée, l'écart est encore plus considérable. Au cours de la période 1900-1910, nos recherches ont abouti aux résultats suivants :

Fréquence des naissances illégitimes

	Nombre total des naissances	Nombre des naissances illégitimes	Moyenne p. 1.000
Arrondiss[t] de Langres.	13.364	494	36,9
Population urbaine. .	3.050	284	68,8
— rurale. . .	10.314	210	27,5

Ainsi donc, comparées aux moyennes établies pour toute la France, notre illégitimité urbaine et notre illégitimité rurale atteignent respectivement 62 % et 59 % des résultats généraux, mais il serait peut-être téméraire d'en conclure que le petit nombre des naissances illégitimes est dû à la pureté des mœurs, plutôt

(1) Drouineau. Encyclopédie d'hygiène de Rochard, T. IV.

qu'à l'émigration temporaire ou définitive des célibataires jeunes.

Etudions maintenant l'influence de l'illégitimité sur la mortinatalité et sur la mortalité infantile : on trouvera dans les deux tableaux suivants le détail des résultats obtenus pour la période (1900-1910).

1° Influence de l'illégitimité sur la mortinatalité

Nombre de naissances mort-nés compris		Nombre de mort-nés	Moyennes p. 1.000
Naissances totales. . .	13.896	532	38,2
— légitimes .	13.368	498	37,2
— illégitimes.	528	34	64,3

2° Influence de l'illégitimité sur la mortalité infantile

Nombre de naissances		Nombre de décès de 0 à 1 an	Moyennes p. 1000
Naissances totales. . .	13 364	1728	129,3
— légitimes .	12.870	1628	126,5
— illégitimes.	494	100	202,8

Le coefficient de mortinatalité des enfants illégitimes dépasse de 72 % celui des enfants légitimes et le coefficient de mortalité des enfants illégitimes dépasse de 60 % celui des enfants légitimes, ce qui signifie approximativement que : *dans l'arrondissement de Langres, les mort-nés et les décédés de 0 à 1 an sont 1,6 fois plus nombreux parmi les enfants illégitimes que parmi les enfants légitimes.*

Cette conclusion est en conformité avec les moyennes déjà citées pour la France, et elle s'accorde avec les résultats fournis par diverses enquêtes, faites notam-

ment, à Besançon par le docteur Liautey (1) (mortalité légitime : 131 ; mortalité illégitime : 220) et a Ste-Menehould par le docteur Mathieu (2) (mortalité légitime : 165,5 ; mortalité illégitime : 212,7).

Au premier abord, l'influence de l'illégitimité sur la mortalité infantile de nos campagnes paraît excessive, car si les enfants naturels de nos villages sont des *illégitimes légaux*, bien peu sont ce que nous appellerons des *illégitimes réels*.

Il importe en effet de faire une distinction parmi les enfants illégitimes. Ceux dont les parents vivent en concubinage, ceux dont la mère ne quitte point le foyer familial, ceux qui sont confiés aux soins des grands-parents et élevés par eux, sont *légalement des illégitimes*, mais, en pratique, ils sont entourés de la même affection et de la même sollicitude que les nourrissons légitimes : ce ne sont pas des *illégitimes réels*.

Or, à la campagne, si au début de leur grossesse les filles-mères n'osent avouer le résultat d'une faute qui entachera l'honneur familial et si elles préfèrent que leur accouchement ait lieu loin du village natal, il est rare cependant qu'elles soient abandonnées de leurs parents et livrées à leurs seules ressources. Quand elles se décident à confier leur nouveau-né à l'Assistance publique, elles encourent une réprobation quasi-générale, et, dans nos villages où tout le monde se connait et se côtoie chaque jour, l'opinion reste un facteur

(1) Docteur Liautey, loc. cit., page 25 et suivantes.

(2) Docteur Mathieu. La natalité et la mortalité infantile à Ste-Ménehould. Imprimerie Alexandre, 1907, p. 11.

dont on tient compte. Les abandons sont donc peu nombreux et les enfants illégitimes sont habituellement élevés par leur mère ou par leur grand-mère ; mais, en raison des nécessités sociales, presque tous sont soumis à l'*allaitement artificiel* et c'est là, à notre avis qu'il faut chercher la véritable cause de *leur surmortalité*. Quant à la *surmortinatalité*, elle est plus difficile à expliquer.

Peut-être le hasard qui préside aux conceptions, la primiparité, le manque d'hygiène dont souffrent les grossesses dissimulées, jouent-ils un rôle dans son étiologie.

§ 3. — Les enfants protégés et les enfants assistés

Conformément à l'article 1 de la loi du 23 décembre 1874, on désigne sous le nom *d'enfant protégé* « tout en-« fant âgé de moins de 2 ans, qui est placé, moyennant « salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du « domicile de ses parents ». Sur les contrôles du service de protection, sont inscrits en outre, les pupilles de l'Assistance publique, âgés de moins de deux ans, et les enfants protégés englobent ainsi tous les nourrissons abandonnés de leur mère à quelque titre et à quelque degré que ce soit.

Nous avons groupé tous les renseignements concernant cette population infantile spéciale dans le tableau suivant, où se trouvent réunies des évaluations numé-

riques applicables à la France entière et au département de la Haute-Marne pendant l'année 1909 (1).

Tableau relatif à l'exécution de la loi Roussel en France et dans le département de la Haute-Marne

	France		Hte-Marne	
	Total	%	Total	%
1° Mouvement de la population				
Enfants protégés au 1er janvier 1909	85.321	»	241	»
Enfants entrés au service en 1909	83.162	»	227	»
Total des enfants protégés en 1909	168.483	»	468	»
2° Etat civil des enfants protégés				
Enfants légitimes	117.801	70 %	310	66 %
Enfants illégitimes	50.682	30 %	158	34 %
3° Lieu d'origine des enfants				
Enfants nés en province.				
a) Placés dans le même départt	107.929	64 %	308	66 %
b) — un autre —	19.300		55	12 %
Enfants originaires de la Seine et placés en province	37.698	15 %	105	22 %
4° Mode d'élevage				
Sein	39.594	23,7 %	29	7,6 %
Biberon	114.147	68,5 %	285	81 %
Allaitement mixte	1 978	1,1 %	14	2,8 %
Sevrage	10.795	7 %	40	8,5 %
5° Mortalité				
Nombre d'enfants décédés	8.293	4,92 %	16	3,41 %

(1) Ces chiffres sont empruntés au rapport du Ministre de l'Intérieur au Président de la République (*Journal officiel* du 2 avril 1912). Ce document ne donne pas d'indications concernant les arrondissements et, malgré nos démarches, nous n'avons pu obtenir des résultats plus détaillés par une autre voie.

	France		Hte-Marne	
	Total	%	Total	%
6° Facteurs morbides				
Convulsions	747	»	1	»
Méningites	511	»	3	»
Débilité congénitale	630	»	»	»
Affections digestives	3.884	46 %	6	»
Affections broncho-pulmonaires	1.505	»	2	»
Tuberculose	127	»	»	»
Maladies contagieuses	324	»	1	»
Causes diverses	427	»	1	»
Causes inconnues	718	»	2	»

Le département de la Haute-Marne est l'un de ceux où *la population infantile protégée* est le moins nombreuse ; il se classe à ce point de vue au 75e rang. Les deux tiers des enfants protégés naissent dans le département, le dernier tiers est composé d'immigrés, presque tous originaires de la Seine. Notre région reçoit donc peu de nourrissons du dehors : *l'industrie nourricière n'y existe pas.*

Au point de vue de l'*état civil*, les protégés se répartissent en enfants *légitimes* (66 %), et en enfants *illégitimes* (34 %). Vu le nombre des naissances dans chaque catégorie, *les protégés illégitimes sont relativement plus nombreux que les protégés légitimes.* Dans l'arrondissement de Langres, en effet, on compte 36,9 naissances illégitimes pour 1.000 naissances totales, c'est-à-dire environ 1 sur 27 ; or, sur 3 enfants protégés, il y a 1 illégitime, *les envois en nourrice sont donc neuf fois plus fréquents parmi les enfants naturels que parmi les enfants légitimes.*

Les causes principales en sont les suivantes :

1° L'obligation où se trouvent la plupart des filles-mères de se séparer de leurs enfants ;

2° L'inscription sur les contrôles du service de protection de tous les pupilles de l'Assistance publique, parmi lesquels l'illégitimité est beaucoup plus fréquente que dans la population infantile normale.

Quant au *mode d'alimentation* des nourrissons protégés : *c'est presque exclusivement le biberon*, et pour eux, en Haute-Marne, l'allaitement au sein (7,6 ‰) est trois fois fois plus rare que dans le reste de la France (23,7 ‰). — Remarquons cependant que la proportion des enfants protégés nourris au sein a presque doublé depuis 1905 (1) dans notre département, (7,6 ‰ au lieu de 4,5 ‰), alors qu'elle a diminué en France(23,7 ‰ au lieu de 29,8 %). — La rémunération ordinairement élevée qu'exigent les nourrices au sein, est pour le budget des familles pauvres ou des filles-mères une trop lourde dépense et ce fait suffit à expliquer la rareté de l'allaitement au sein parmi les enfants protégés.

Si l'on en croit la statistique, *la mortalité* dans cette catégorie spéciale d'enfants est excessivement faible : 4,92 % en France, 3,41 % en Haute-Marne. Or, dans la population infantile normale, 9 décès se produisent annuellement pour 100 enfants de 0 à 2 ans, c'est-à-dire environ le double.

Déjà en 1901, Pobak, dans son *rapport à l'Académie de Médecine*, signalait que les moyennes officielles étaient de beaucoup inférieures à la réalité en raison

(1) Rapport au Président de la République (*Journal officiel* du 27 mars 1909).

du *retrait des nourrissons malades*. « Dès que l'enfant est malade, écrit à son tour le docteur Gœpfert (1), la nourrice fait tout ce qu'elle peut pour le rendre à la famille, elle évite ainsi de se compromettre en n'enregistrant pas à la mairie un décès survenu chez elle ».

En Haute-Marne, où la majorité des enfants protégés est originaire du département même, ce retrait n'est que plus commode et se pratique de façon courante. D'ailleurs les envois en nourrice ne sont pas immédiatement consécutifs à la naissance et il s'en suit que la mortalité des enfants protégés n'est pas surchargée par les nombreux décès qui surviennent au cours des premiers jours de la vie.

Enfin, il est nécessaire de considérer que prendre *pour base de mortalité infantile annuelle, le nombre des décès pendant une année, parmi tous les enfants protégés au cours de cette même année, est commettre une grave erreur de méthode. Au cours d'une année* ne signifie pas ici *pendant une année*, et les décès envisagés concernent des enfants dont le séjour au Service de protection varie de quelques semaines à quelques mois. Il ne s'agit donc plus de *mortalité annuelle*, mais de mortalité pendant une période de durée variable, en moyenne *inférieure à un an* et comptant par suite moins de décès.

Nous avons pu recueillir des renseignements sur 67 enfants confiés à des nourrices : 13 sont morts entre 0 et 1 an c'est-à-dire 19,8 % ; *cette moyenne est 1 fois 5 plus forte que le taux de la mortalité infantile dans tout l'arrondissement*. Comment pourrait-il en être autre-

(1) Dr Gœpfert. — Loc. cit., p. 108.

ment, quand il s'agit d'enfants privés des soins de leur mère, presque tous nourris au biberon, placés dans un milieu habituellement pauvre ou insalubre et présentant enfin un pourcentage élevé d'illégitimes ?

Cependant, en Haute-Marne, la *surveillance médicale* prescrite par la loi s'exerce, comme on en trouvera la preuve dans les chiffres suivants :

	France	Hte-Marne
Nombre de médecins inspecteurs	5.799	65
— de rapports produits. . .	4.464	45
— d'enfants protégés. . . .	168.483	468
— — visités.	138.900	307
— de visites effectuées . . .	796.234	2.075
Visites faites sur réquisition du maire.	2.058	7

Ainsi 307 enfants, sur 468, ont reçu la visite des médecins inspecteurs et chaque enfant visité l'a été en moyenne 7 fois. Ces chiffres, s'ils ne répondent pas complètement aux exigences légales, constituent néanmoins, d'honorables moyennes et la plupart des enfants *non protégés* ne bénéficient pas d'un semblable contrôle sanitaire. Malheureusement, malgré les dispositions de la loi, le médecin n'est maître, en réalité, ni du choix des nourrices, ni des méthodes d'élevage des enfants. Il ne peut guère que donner des conseils, et si, par exception, il demande à l'autorité compétente des mesures répressives, des considérations étrangères à l'hygiène en rendent l'application impossible.

Les enfants assistés. — Pour la surveillance médicale et les soins médicaux, les enfants assistés au-dessous de deux ans sont soumis à la loi Roussel.

Quel que soit le mode d'abandon, le premier stage de l'enfant assisté est à l'hospice dépositaire, puis il est placé chez des parents nourriciers et, à 13 ans, il entre en apprentissage.

Nous avons résumé dans le tableau suivant les évaluations numériques, applicables aux enfants-assistés âgés de moins d'un an, en France et en Haute-Marne, au cours des années 1900, 1901, 1902 et 1903.

Les enfants assistés en France et en Haute-Marne pendant la période 1900-1903 (1)

	1900		1901		1902		1903	
	France	Haute-Marne	France	Haute-Marne	France	Haute-Marne	France	Haute-Marne
Nombre des enfants assistés de 1 j. à 1 an	6753	38		48		57	7949	55
Deces de 0 à 1 an .	1858	5	»	8	»	12	1929	7
Mortalité pr 100 enf.	27,51	13,1	»	16,6	»	21,9	24,15	12,7

Mode d'alimentation des enfants assistés en Haute-Marne :

Biberon	Sein
99 %	1 %

Salaire mensuel des parents nourriciers en Haute-Marne : (Sein, biberon)

1re année	2e année
18 fr.	15 fr.

Notre département se classe donc parmi ceux qui reçoivent très peu d'*enfants assistés* de un jour à un an, et, sauf pour l'année 1902, *leur mortalité infantile oscille autour de la moyenne établie pour l'arrondissement de Langres, vers la même époque.*

(1) Cf. *Journal officiel* du 23 août 1905.

Tous sont nourris au biberon : c'est là une conséquence de la modicité des salaires offerts aux parents nourriciers et du manque de majoration des tarifs pour l'allaitement au sein. Malgré cela, les décès sont relativement peu nombreux puisqu'en moyenne, en France, la mortalité infantile des enfants assistés est deux fois plus forte. La raison en est que la plupart des femmes, qui dans nos campagnes reçoivent en garde les enfants assistés, sont mères-nourricières, pour ainsi dire, par métier, et finissent par acquérir une expérience capable de pallier l'action meurtrière du biberon.

En résumé, pour conclure, les catégories spéciales d'enfants paraissent, dans notre région rurale, bénéficier de conditions particulièrement favorables ; leur surmortalité n'est pas accentuée, et seule, l'illégitimité traduit son influence néfaste par l'augmentation du nombre des décès et du nombre des mort-nés.

TROISIÈME PARTIE

La Prophylaxie de la Mortalité infantile dans le milieu rural

L'archer qui oultrepasse le blanc fault
comme celui qui ne l'atteint pas.
MONTAIGNE.

En 10 ans, de 1901 à 1910, le bilan de la mortalité infantile et de la mortinatalité dans l'arrondissement de Langres se solde par 1728 décès de 0 à 1 an et 532 mort-nés, c'est-à-dire par une *perte totale de 2260 existences*. Ce déficit représente environ les 2/3 de l'excédent total des décès sur les naissances (3608), et il est sensiblement égal au déchet dû à l'émigration (2357). La mortalité infantile, jointe à la mortinatalité, appa-

rait comme un important facteur de *dépopulation*, dont l'action équivaut, en 10 ans, à la disparition d'un gros bourg comme Chalindrey, et dépasserait en 20 ans, la suppression d'un canton comme ceux de Laferté ou d'Auberive. — Il importe donc de se demander, par quels moyens l'on pourrait réduire ce douloureux tribut et remédier au dépeuplement des berceaux. A cette recherche est consacrée la troisième partie de ce travail.

Les *mesures prophylactiques* jusqu'à présent mises en œuvre contre la mortalité infantile sont aussi nombreuses que variées, mais leur efficacité est une question de temps ou de lieu, et parmi elles il faut choisir. Aussi étudierons-nous tout d'abord quels *obstacles* aurait à vaincre et sur quelles *ressources* pourrait compter la *puériculture* dans notre milieu rural, puis nous déterminerons comment l'on pourrait y organiser la protection de l'enfance par l'*Education* et l'*Assistance*, et nous donnerons enfin quelques indications sur l'action possible des *lois existantes* ou *projetées*.

Assurément, nous n'avons pas la prétention de dresser le seul plan d'organisation *puéricole* qui soit acceptable, et nous n'espérons pas enfermer la lutte contre la mortalité infantile dans le cadre étroit d'une rigide formule d'algèbre.

Parmi les mesures que nous envisagerons et que nous proposerons comme utiles, les unes le seront d'emblée, d'autres devront subir une adaptation, d'autres enfin pourront être reconnues, à l'usage, impropres ou inapplicables.

« Aussi bien, comme l'écrit M. René Worms, la mé-

decine sociale doit être empirique ou plutôt expérimentale..... Seules les grandes théories se passent ou du moins prétendent se passer du secours de l'expérience : il faut être plus modeste et faire des essais, mais encore faut-il en faire. »

CHAPITRE I

LA PUÉRICULTURE A LA CAMPAGNE

(Obstacles à vaincre, ressources à utiliser)

Sommaire. — 1° *Obstacles* (A) matériels. — Nombre minime des nourrissons dans chaque localité et dissémination des villages. Nécessité de ressources pécuniaires importantes.
(B) moraux. — Manque de générosité du paysan. Préjugés. Caractère susceptible des mères.
2° *Ressources* en argent et en personnel.
3° *La puériculture et le corps médical.* — Comment les intérêts particuliers s'opposent à l'intérêt général. Manière de les concilier

1° Obstacles

A la campagne, un premier obstacle à la puériculture réside dans la *dissémination des villages et le défaut de groupement de la population.*

Ainsi, dans l'arrondissement de Langres, où la densité démographique est actuellement de 33,9 habitants

au kilomètre carré, les 210 communes se répartissent d'après le chiffre de leur population en :

26	localités ayant de	0 à 100 habitants
102	—	100 à 300 —
52	—	300 à 500 —
14	—	500 à 700 —
16	—	700 habitants et au-dessus
Total. 210		

Plus de *la moitié des villages présentent donc une population inférieure à 300 habitants*, et le seul canton d'Auberive compte 15 communes sur 29 n'ayant pas 100 habitants (1).

On conçoit quelle est la *rareté relative des naissances* dans ces véritables hameaux. En 1910, dernière année de notre période d'observation :

7	villages fournissent	0 naissances par village
38	—	1 —
95	—	2 à 5 —
37	—	6 à 10 —
19	—	11 à 20 —
14	—	20 naissances et au-dessus
Total. 210		

De l'examen de ces chiffres, il résulte que les 2/3 *des communes (140 sur 210) ont seulement de 0 à 5 nourrissons âgés de moins d'un an, à une même époque de l'année.* Dans ces conditions, l'organisation puéricole ne saurait être *locale* et il est nécessaire d'en faire une œuvre *régionale.*

(1) D'après les résultats du recensement de 1906.

Mais alors intervient une autre difficulté : la question des *distances*. Entre les villages d'un même canton, l'éloignement se chiffre souvent par plusieurs kilomètres, et, qu'il s'agisse de secours à distribuer, d'enseignement à répandre, ou de surveillance médicale à exercer, il faut du temps, des moyens de transport et par suite de l'argent.

Remarquons de plus, qu'à la campagne, comme nous l'avons montré, l'indigence ne constitue pas un facteur important de la mortalité infantile.

La puériculture aura donc à s'occuper non seulement des enfants pauvres mais encore des nourrissons de famille aisée, qui sont au même degré menacés par la mort.

Il en résultera nécessairement un supplément de dépenses. L'utilité de *ressources pécuniaires* suffisantes apparaît encore davantage, si l'on considère la mentalité de la population rurale. Qu'on nous permette de rappeler à ce sujet le portrait que M. Alfred Mézières (1) a tracé du paysan français.

« Que manque-t-il à ces populations actives, moins vicieuses que celles des villes, auxquelles on ne saurait en général reprocher d'autres défauts graves, qu'une disposition à l'avarice et peu de bonne foi dans les transactions ?...

« Il leur manque cependant un grand élément de force, l'énergie d'un ressort moral, un mobile plus élevé et plus noble que l'intérêt personnel. On sent trop d'égoïsme au fond de leurs vertus. Tout ce qu'elles

(1) A. Mézières. La Société française.

font de bien, elles le font avec une arrière-pensée trop visible, pour obtenir un résultat matériel, tranchons le mot, un bénéfice ».

Si cette esquisse est un peu sévère, elle n'en renferme pas moins un grand fond de vérité. Pour que nos paysannes accueillent avec faveur la puériculture, il est indispensable qu'elles trouvent dans l'observation des règles d'hygiène infantile, non seulement un avantage sanitaire pour leurs enfants, mais encore une *rémunération compensatrice* de leurs efforts et de leur changement d'habitudes.

Privées de « ce bénéfice », les mères se tiendront à l'écart des œuvres puéricoles, sans en comprendre ni la nécessité, ni l'utilité, faute d'avoir été en contact avec elles. Elles continueront à se soumettre aux mêmes préjugés, à s'exposer aux mêmes malfaçons, parce que les habitudes invétérées sont les plus faciles à suivre et que tout changement cause une gêne réelle. Hors le cas de maladie, elles auront plus confiance dans les avis de la commère voisine que dans les prescriptions médicales, et l'ignorance ou la routine feront encore des victimes parmi les nourrissons. — Avec « l'appât », d'une rétribution, d'un *salaire*, la persuasion sera plus facile et plus rapide, l'obéissance aux conseils plus certaine et plus rigoureuse.

Nos paysannes enfin, sont habituellement d'un *caractère fort susceptible*. Pour les mieux convaincre, il importe donc de ménager soigneusement leur amour-propre. Qu'elles ne s'imaginent pas surtout, qu'on suspecte leur affection ou leur dévouement maternels !

Il faut avec elles, adoucir le blâme, être avare de critiques et prodigue de conseils. Si elles font mal, c'est parce qu'elles ignorent qu'on peut faire mieux. Obtenez qu'elles tentent l'essai de la bonne méthode, elles en tireront profit et, comme elles ont un grand bon sens, à l'avenir elles la suivront.

2e Ressources

La *puériculture rurale* nécessitera donc à la fois, des ressources pécuniaires et une active propagande : il lui faudra de *l'argent* et *un personnel dévoué* ; où trouverons-nous l'un et l'autre ?

Le paysan, même riche, ne desserre pas volontiers les cordons de sa bourse, et, en dehors du produit de quelques quêtes faites à l'occasion des cérémonies familiales : mariages ou baptêmes, il encourage rarement de ses deniers les œuvres de bienfaisance.

Seuls, les municipalités, les châtelains, quelques rentiers ou fonctionnaires, quelques personnes exerçant des professions libérales sont susceptibles d'apporter à l'organisation puéricole leur concours pécuniaire. Pour appréciable qu'elle soit, cette source de recettes resterait insuffisante. — Il nous paraît donc plus efficace d'adopter, pour la sauvegarde de l'enfance, la méthode qui a été si heureusement utilisée contre la mortalité du bétail, et *de placer la mutualité à la base du budget de la puériculture.* — Il faut demander aux paysans, non pas des *dons*, mais des *cotisations* susceptibles d'être remboursées en primes de nature diver-

se : voilà le seul moyen d'obtenir des ressources régulières et suffisantes.

L'organisation puéricole, quelle que soit la formule adoptée, devra en outre procéder au recrutement d'un personnel féminin compétent et dévoué qui portera la bonne parole et au besoin prêchera d'exemple. — Après une éducation spéciale préalable, les femmes instruites, les femmes de notables, les institutrices seront dans chaque localité le noyau de l'œuvre entreprise. A leur tête se placeront les gens de l'art qui doivent tenir à honneur d'encourager et de diriger la lutte. Examinons comment ils envisagent cette mission nouvelle.

La puériculture et les praticiens

L'idée d'organiser à la campagne la lutte contre la mortalité infantile est diversement accueillie par les praticiens. En dehors de ceux qui croient possible une amélioration de l'hygiène infantile et sont prêts à se dévouer à cette œuvre, les uns considèrent l'entreprise comme *inutile*, d'autres comme *irréalisable*, d'autres enfin la redoutent comme *dangereuse pour les intérêts professionnels*. Cette dernière opinion retiendra seule notre attention car, nous pensons avoir suffisamment montré au cours des pages qui précèdent, combien, en fait de puériculture rurale, le scepticisme est injustifié.

Habituellement, les *intérêts particuliers* exposent ainsi leurs doléances :

Toutes les œuvres de bienfaisance sociale : assistance médicale gratuite, développement des sociétés mutuel-

les, puériculture contribuent *à diminuer les recettes du médecin de campagne*, en l'obligeant à donner ses soins pour de modiques honoraires Au nom d'un idéal d'altruisme et de bonté, on lui demande non seulement son temps et son dévouement, mais encore on lui refuse une rétribution légitime. Si, dans chaque famille, les visites sont plus nombreuses qu'autrefois : le nombre des praticiens s'est considérablement augmenté, et les tarifs sont restés les mêmes. Il en résulte, qu'avec les exigences de la vie moderne, avec les coûteux moyens de transport actuellement utilisés, *le budget du médecin de campagne s'alourdit*, *la concurrence* remplace peu à peu *la confraternité*, et la profession médicale perd à cette instauration, ses avantages matériels et aussi, disons le mot « sa haute tenue morale ».

Or, pour faire de la *puériculture*, il faut exercer une *surveillance médicale* sur les femmes enceintes, les parturientes et les nourrissons. La dissémination des villages obligera fréquemment le medecin à se transporter à domicile, d'où perte de temps et avec l'automobile en particulier, perte d'argent. De plus, si les consultations ou les visites sont gratuites, les mères ne se feront pas scrupule de *confondre surveillance avec soins*. Elles demanderont au praticien d'examiner toute la famille ; la gratuité sera ainsi assurée aux *bien portants* comme aux *malades* et ceci, dans le milieu aisé tout au moins, est contraire à l'esprit des organisations puéricoles. Ajoutons enfin que des conflits pourront intervenir entre le médecin puériculteur et le médecin habituel des familles, et la lutte contre la mortalité infantile

aura ce résultat inattendu d'être une nouvelle pomme de Discorde jetée au milieu du corps médical.

Loin de nous la pensée d'accuser d'égoïsme, les praticiens qui expriment ces craintes ; elles répondent à des exigences matérielles dont il est impossible de ne pas tenir compte, si l'on veut obtenir de tous un concours *persévérant* et dévoué.

Il faut donc placer à la base de la puériculture rurale, *la rétribution du médecin par les familles aisées et la gratuité ou la réduction des honoraires seulement pour les familles pauvres.* Les sociétés organisées pourront d'ailleurs supporter une partie des frais, chacun contribuera ainsi à l'œuvre commune : la réussite est à ce prix.

Aussi bien, pour rester dans le domaine des intérêts professionnels, les médecins ont tout avantage à devenir les guides naturels d'un mouvement qui pourrait se faire un jour en dehors d'eux et parfois même contre eux. Qu'ils mettent donc leur zèle au service de la puériculture ! Les résultats obtenus, la satisfaction de faire œuvre utile, leur feront vite oublier les sacrifices consentis.

CHAPITRE II

EDUCATION

Sommaire. — *Instruction des médecins et des sages-femmes.* — Insuffisance jusqu'à ces dernières années. Son organisation à Paris et à Nancy. Influence de la sage-femme.

Education des futures mères. — Nécessité de l'éducation des futures mères. Direction de l'instinct maternel. La puériculture dans les écoles et les cours d'adultes. Enseignement pratique.

Education des mères. — Propagande : conférences, opuscules, tracts, affiches. Surveillance obstétricale avec primes. Surveillance médicale des nourrissons.

Education des futurs chefs de famille. — Au régiment, à l'école.

En étudiant les causes de la mortalité infantile, et notamment l'influence des facteurs sociaux agissant, soit avant, soit après la naissance, nous avons pu nous rendre compte que l'*ignorance des mères* était souvent seule responsable des fautes commises. Quand les femmes comprendront la nécessité du repos, avant comme après les couches, quand elles connaîtront la

supériorité de l'allaitement maternel et les dangers du biberon, quand elles sauront l'importance de la régularité des tétées, elles se feront un devoir de se soumettre aux principes de l'hygiène infantile. *Il faut donc instruire les mères et c'est aux médecins et aux sages-femmes, qu'est dévolu naturellement, le soin de cette éducation.*

§ 1. — Instruction des médecins et des sages-femmes

Jusqu'à ces dernières années, le jeune docteur, au sortir de l'école, ignorait les notions les plus élémentaires d'hygiène infantile et laissait aux sages-femmes la direction de l'alimentation des nourrissons, en attendant que la pratique lui ait donné quelque expérience en la matière. Cette lacune de l'enseignement médical était déplorée par tous les pédiâtres ; par Marfan, dans son rapport présenté à la Ligue contre la mortalité infantile ; par Bezy, à Toulouse ; par Rousseau-Saint-Philippe, à Bordeaux

En 1907, à Bruxelles, lors de la IIe session du *Congrès international des gouttes de lait*, il fut émis le vœu que : *« l'enseignement officiel et particulier de la puériculture et la vulgarisation de l'hygiène infantile fussent accentués dans les divers pays »*.

C'est aujourd'hui chose faite, et dans les diverses facultés françaises, l'enseignement de l'hygiène infantile tient une place de plus en plus grande.

A Paris, le 11 novembre 1909, M. Maygrier a inauguré à la *Fondation P. Budin*, un cours de puériculture

en 10 leçons. L'*Institut de Puériculture* établi à l'hospice des Enfants-Assistés par le Dr Variot a pour but, écrit son auteur (1), de « servir à la fois à la vulgarisation de l'hygiène infantile parmi les femmes qui le fréquenteront et à l'instruction technique et scientifique des étudiants et des médecins français ou étrangers ».

A Nancy, M. le professeur Haushalter, fait chaque année, pendant le semestre d'hiver, une leçon par semaine sur le développement et l'alimentation du nourrisson et sur l'hygiène infantile : ce cours (15 leçons) est complété par des *entretiens cliniques* à la Pouponnière du service de clinique médicale infantile. A la Maternité, les élèves sages-femmes, conformément à un arrêté préfectoral (2) qui date déjà d'un siècle, sont chargées des soins des enfants et peuvent ainsi mettre en pratique les conseils qui leur sont donnés dans les conférences et les cours.

Au point de vue de l'hygiène infantile, l'instruction de la sage-femme est peut-être encore plus nécessaire que celle du médecin. Tandis que celui-ci exerce seulement une influence intermittente et passagère, la sage-femme, qui est « à portée » et en impose moins, conserve sur les jeunes mères un ascendant beaucoup plus marqué. C'est à elle qu'on s'en rapporte pour régler les moindres détails de la vie du nourrisson et du degré de ses connaissances, dépend parfois l'existence de l'enfant.

---

(1) Dr G. Variot. — Traité d'hygiène infantile, page 752.

(2) Arrêté préfectoral du 7 août 1808, art. 31.

§ 2. — Education des futures mères

Les jeunes filles sont-elles suffisamment préparées à leur rôle si noble et si grave de futures mères et devons-nous leur laisser ignorer les responsabilités qui les attendent sans leur enseigner, avec toute la délicatesse convenable, les moyens de sauvegarder l'existence des tout-petits ?

A notre avis, il y a beaucoup à réformer sur ce point.

Depuis le milieu du siècle dernier, une *fausse pudeur*, que nos arrières grand'mères ne connaissaient point, s'est emparée de l'esprit public, et grâce à elle, nos fillettes, tout en sachant qu'elles seront mères un jour, n'ont aucune notion des devoirs qui leur seront alors dévolus. On s'efforce de meubler leur esprit de connaissances diverses, on leur fait acquérir de multiples talents, on les initie minutieusement aux soins du ménage, mais on néglige de leur parler du *rôle des mamans*, comme si cette maternité, que beaucoup parmi elles souhaiteront peut-être ardemment un jour, n'était pas leur véritable raison d'être.

Pour entreprendre la puériculture à l'école, il n'est pas besoin de révolutionner le système pédagogique actuel et nous sommes persuadé qu'on peut enseigner l'hygiène infantile aux jeunes filles, sans porter atteinte au calme de leur âme et sans froisser les consciences les plus susceptibles.

On nous objectera peut-être, que de telles questions ressortissent de l'éducation familiale et que seule la mère est qualifiée pour les traiter. Encore faut-il que

son instruction sur ce point soit complète et qu'elle sache expliquer ce qu'elle a appris. D'ailleurs, jusqu'à ce jour, l'éducation familiale est restée à ce point de vue notoirement *insuffisante*, à la campagne surtout. Sans doute, dans les familles nombreuses de nos villages, les sœurs ainées restent habituellement à la maison avec mission de surveiller et de soigner les petits frères ou les petites sœurs en bas-âge, mais, inexpérimentées, non dirigées, elles restent tributaires de la légèreté et de l'insouciance qui sont le privilège heureux de leur âge. Le rôle de petites mamans est pour elles, ou un simple jeu, ou une charge trop lourde : il ne leur apprend rien et il est dangereux pour le nourrisson.

Il faut donc organiser l'*école des futures mères*, pour qu'un jour arrive, où, selon l'expression de M. Strauss (1) « toutes les mamans sauront élever un enfant, comme elles auront appris toutes à lire, à écrire et à compter ».

Dès 1791, les premiers législateurs de l'instruction en France, édictaient :

« Toutes les instructions données aux filles dans les maisons d'éducation publique tendront particulièrement à les préparer aux vertus de la vie domestique et aux talents utiles dans le gouvernement d'une famille » (2).

Cent ans se sont écoulés depuis, et dans les classes primaires, l'hygiène infantile est restée en dehors des

---

(1) Strauss. — *Loc. cit.*

(2) Projet de décret de septembre 1791, décret de vendémiaire, an II.

programmes, sauf en ce qui concerne la confection des layettes (1). Cependant, au Congrès de l'Enseignement primaire de 1900, Mme Bachelet a fait justement observer que, dès l'âge de trois ans, « la fillette prend un chiffon pour frotter les barreaux d'une chaise » ou, ajoutons-le, pour habiller une *poupée*.

La *poupée* tient dans la vie de l'enfant une place essentielle ; elle est la compagne de jeux, la confidente des chagrins, on lui prête défauts et qualités, on s'exerce sur elle à la récompense et à la réprimande. On la soigne comme une véritable fille. *Pourquoi ne pas diriger dès l'enfance, cet admirable instinct maternel, si précocement révélé* ? Que les maîtresses donnent aux petites filles des conseils pour habiller, soigner et amuser leurs poupées, qu'elles s'appliquent à attirer l'attention des élèves sur les pratiques nuisibles ou dangereuses, auxquelles l'imitation pousse l'enfant !

Ainsi comprise, cette éducation ne sera ni dogmatique, ni fatigante, ni ennuyeuse et les esprits les plus pusillanimes ne pourront la trouver téméraire.

Dans les classes supérieures, comme Mlle Brès l'a rappelé au Congrès de l'Enseignement primaire de 1900, on pourrait compléter ces jeux instructifs par des leçons sur la production et la récolte du lait, sur la réglementation de l'allaitement artificiel, sur les soins divers du premier âge.

Au point de vue utilitaire, au point de vue de la préparation à la vie, les conférences d'hygiène infantile

(1) Cf. Les nouveaux programmes des écoles primaires par Brouard et Defodon. Paris, Hachette 1910, page 19.

peuvent soutenir avec avantage la comparaison avec : « *le Démembrement de l'Empire d'Alexandre : les Séleucides et les Lagides*, ou avec *la guerre des Deux Roses* qui sont au programme de l'enseignement primaire (1).

Il est d'ailleurs beaucoup moins ardu pour l'intelligence enfantine de comprendre comment on donne un biberon ou comment on habille un tout-petit que de se rappeler la liste des *Flaviens* et des *Antonins* ou la *Constitution perpétuelle de Clotaire II*.

Les essais tentés jusqu'ici, notamment à Paris, par M. le professeur Pinard, à l'école primaire du boulevard Péreire ; à Reims par les soins du Comité de la *Société protectrice de l'Enfance* devraient être généralisés dans toutes les écoles. *Au III^e^ Congrès d'hygiène scolaire à Paris, en août 1910*, les rapporteurs et parmi eux M. le professeur agrégé Fruhinsholz, ont émis le vœu, adopté à l'unanimité, que l'*Enseignement de la puériculture aux maîtresses et aux élèves fût obligatoire et sanctionné dans tous les examens et à tous les degrés.*

Cette éducation, commencée à l'école, aurait l'avantage de s'adresser à des esprits souples, malléables, aptes à s'assimiler et à s'instruire, auxquels M. le professeur Pinard a rendu cet hommage (2) : « Depuis trente ans que je participe à l'enseignement, je n'ai jamais vu un auditoire plus attentif ».

Les notions acquises, pourraient être avantageusement complétées dans les *cours d'adultes* où, avec tous

(1) Cf. Brouard et Defodon, loc. cit., p. 93 et 94.

(2) Docteur Pinard. La puériculture du premier âge. Paris, Colin, 1909. Préface.

les ménagements désirables, on ferait quelques leçons sur la supériorité et la pratique de l'allaitement maternel, si délaissé dans nos campagnes. D'accord avec nous, les différents rapports officiels (1) concernant l'éducation populaire, au cours de ces dernières années, expriment le vœu qu'une place plus considérable soit réservée, dans les conférences et cours d'adultes, à l'hygiène et en particulier à la puériculture.

Dans les programmes *des écoles primaires supérieures*, fixés par un décret et arrêté du 26 juillet 1909 (2). Le plan d'études de la 3e année comprend des *notions élémentaires de puériculture* ainsi détaillées : « Allaitement des nouveaux-nés. — Habillement. — Soins divers du premier âge ».

De même dans les *lycées et collèges de jeunes filles* les arrêtés des 27 juillet 1897 et 14 juin 1907, ont prescrit l'enseignement de l'hygiène infantile aux élèves de 5e année. — Les leçons données comprennent les matières suivantes (3) :

— Alimentation. — Allaitement maternel, artificiel, mixte ; leur mise en pratique ; précautions à prendre.

— Les nourrices.

— Propreté. — Habillement. — Abris et berceau. — Surveillance constante. — Pesée périodique. — Vaccination. — Dentition. — Les premiers pas. — Sevrage. — Alimentation pendant l'année qui suit le sevrage.

— Symptômes qui nécessitent l'appel du médecin.

(1) Cf. *Journal officiel* (11 août 1896, 29 juillet 1897, 19 août 1901, 19 octobre 1904, 21 mai 1906, 2 juin 1907, 2 juin 1908).

(2) Plan d'études et programmes d'enseignement des écoles primaires supérieures de filles. Paris, Delalain frères, p. 71.

(3) Plans d'études et programmes de l'enseignement secondaire des jeunes filles. Paris, Delalain frères, p. 91.

Ce programme répond parfaitement aux desiderata des hygiénistes. Mais, dans les lycées et collèges de jeunes filles des petites villes(1), la plupart des élèves quittent l'établissement après leur troisième année d'études ; exemptes du souci d'acquérir un diplôme ou de se préparer une carrière, elles sont vouées plus facilement au mariage et à la maternité, et c'est précisément à elles que l'éducation puéricole fait défaut. Il serait donc utile de reporter au programme de la troisième année les notions d'hygiène infantile.

Dans le département de la Haute-Marne, existe en outre une *école ménagère* ambulante qui se déplace dans les différents centres et accueille, pendant quelques mois, les jeunes filles des villages voisins : des leçons de puériculture y sont faites par les médecins locaux.

L'éducation puéricole des élèves entraine logiquement celle des professeurs et des institutrices ; demander celle-là est à fortiori exiger celle-ci et sur ce point nous n'insisterons pas.

Nous considérons la diffusion de la puériculture, *par l'école et les œuvres post-scolaires,* comme très importante dans notre milieu rural, où la dissémination des villages est un obstacle à la propagande par le fait et par la parole. A défaut d'institutions puéricoles, elle constituerait dans l'arrondissement de Langres un premier moyen, immédiatement possible, de lutter contre la mortalité infantile.

Quand les Mutualités maternelles, les Sociétés de puériculture, les consultations de nourrissons auront

(1) C'est le cas notamment pour Langres.

donné sa pleine extension à l'œuvre nouvelle, *l'éducation pratique* sera le complément naturel de cet *enseignement didactique*. Les jeunes filles seront, pour les médecins, des auxiliaires dévouées au chevet des tout-petits ; elles y apprendront leur *rôle de mère*, en assistant aux consultations, en donnant les soins nécessaires et, mises en présence des réels bienfaits de l'hygiène infantile, elles sauront se prémunir contre les pratiques et les suggestions dangereuses.

§ 3. — L'Education des mères

Il ne suffit pas de préparer l'avenir en instruisant les futures mères, il faut encore, et plus peut-être, sauvegarder le présent par l'*éducation des mères*. En effet, le danger des erreurs, des préjugés et des malfaçons menace chaque jour des existences nouvelles et plus rapidement seront prises les mesures de prophylaxie, moins le nombre des décès à enregistrer sera considérable.

A la campagne comme ailleurs, une action immédiate peut être exercée par la *propagande*. Conférences dans les villages, distribution aux mères d'opuscules ou de tracts, apposition d'affiches : tels sont les moyens les plus généralement usités et aussi les plus faciles à mettre en œuvre.

Conférences. La vulgarisation de l'hygiène infantile par les conférences populaires, préconisée par Variot

(1), par Aviragnet (2) et d'autres, a été essayée avec succès à Paris (1906), à Lille, (3), et dans les grandes villes de France. Par contre, une tentative faite à Angers, le 18 janvier 1912, à provoqué une effervescence regrettable chez les étudiants en médecine de cette ville (4). A la campagne, le docteur P. Bertrand, de Saint-Parres-les-Vaudes (Aube) (5), a organisé dans les villages de la région, des conférences-causeries, où, avec l'aide de professeurs d'agriculture et de médecins-vétérinaires, il s'efforce d'enseigner aux mères l'hygiène familiale, l'hygiène infantile et aussi l'hygiène du lait.

Rien ne serait plus facile que de suivre cet exemple dans l'arrondissement de Langres.

Opuscules. – A chaque déclaration de naissances, il est remis au déclarant une feuille contenant :

Les conseils aux mères et aux nourrices rédigés et complétés par la Commission de l'hygiène de l'enfance de l'Académie de Médecine.

Nous devons avouer que ces tracts, imprimés en caractères fins, sur des feuilles volantes, sont rarement pris en considération par les paysannes et que la rédac-

---

(1) Dr G. Variot. — Loc. cit., p. 741.

(2) Aviragnet. — Rapport à l'assemblée générale de la Ligue contre la mortalité infantile. Revue philanthropique, t. XXIII, p. 483.

(3) Puériculture et hygiène infantile. Paris, Félix Alcan, 1908. Allocution de M. Georges, Lyon.

(4) Cf. Journaux des 19 et 20 janv. 1912.

(5) Bulletin de la Société philanthropique de puériculture de Saint-Parres-les-Vaudes. Troyes, Paul Nouel, 1906, p. 41.

tion trop concise de leurs 36 articles, les rend inaccessibles à des intelligences peu cultivées. — Le petit opuscule (1) qui est distribué aux mères, à la consultation de la clinique médicale des maladies des enfants, à Nancy, nous paraît mieux à la portée de la compréhension rurale et son prix de revient ne gréverait guère le budget de nos communes. Vu même le petit nombre des naissances, chaque mère pourrait recevoir gratuitement le livre (2) où M. le professeur Pinard a condensé ses leçons faites aux écoles primaires. Pour les 2/3 des villages, la dépense annuelle ainsi engagée, ne dépasserait pas 10 fr.

Affiches, — A Paris, M. Lépine, préfet de police, a fait placarder, depuis quelques années (3), pendant les chaleurs, des affiches où il rappelle au nom du Conseil d'hygiène, les prescriptions relatives à l'alimentation des nourrissons. C'est là encore un moyen utilisable à la campagne, surtout dans nos populations où l'instruction est assez répandue et où la lecture des affiches est un des plaisirs du dimanche.

La propagande par la parole et par le livre, vise surtout à l'instruction *théorique* des mères. Elle devra être complétée par une *éducation pratique*, confiée aux soins des médecins et des sages-femmes, et comprenant non

---

(1) Conseils aux mères au sujet de l'alimentation des petits enfants. Nancy, Crépin-Leblond, 1910.

(2) Docteur Pinard. — La puériculture. Paris, A. Colin 1909, prix : 1 fr. 50.

(3) Circulaire du préfet de police relative à l'hygiène de la première enfance pendant les chaleurs (1er juin 1905) Revue pratique d'hygiène municipale, 1905, p. 362.

seulement des notions d'*hygiène infantile* mais encore des notions d'*hygiène de la grossesse*. La surveillance obstétricale des femmes enceintes, l'examen médical périodique des nourrissons, seront la base de cette mission éducatrice.

Surveillance obstétricale des femmes enceintes

Dans un chapitre précédent, nous avons étudié les conditions déplorables où se trouve placée la paysanne pendant la gestation, et nous avons montré la rareté des examens obstétricaux au cours de la grossesse.

Pour remédier à cef état de choses, il serait téméraire de compter sur la bonne volonté du public et, comme d'autre part les lois existantes ne permettent pas de rendre obligatoire la *surveillance obstétricale*, il sera préférable d'encourager celle-ci, soit au moyen de *primes*, soit en en faisant une des *conditions du secours* accordé par les sociétés puéricoles à leurs protégées. Aux premiers soupçons de grossesse, la femme devra réclamer un examen médical, l'avis du praticien réglant ensuite la fréquence et l'intervalle des autres examens. Cette surveillance aura non seulement l'avantage d'assurer aux gestations une évolution favorable, mais elle pourra encore préparer les mères à l'idée de donner le sein et contribuera ainsi à la propagation de l'allaitement maternel.

Surveillance médicale des nourrissons

Elle est la condition fondamentale de toute puériculture et sa mise en pratique est réalisée soit par la *visite à domicile*, soit par la consultation de nourrissons.

Lorsqu'en 1890, M. le professeur Herrgott fonda l'Œuvre de la Maternité à Nancy, il avait surtout pour but de *favoriser l'allaitement maternel*, en accordant des primes aux femmes qui auraient continué à nourrir, un mois après leur départ de la Maternité. Ce délai écoulé, les jeunes mères se présentent de nouveau au service, elles sont examinées ainsi que leurs nourrissons, l'état de leurs seins est vérifié et si l'enfant se porte bien, elles reçoivent une gratification dont le montant varie avec leurs ressources et le nombre de leurs enfants.

C'est en effet vers l'*allaitement au sein nettement réglementé*, que doivent tendre les efforts de tous les puériculteurs, le biberon n'étant qu'un pis-aller, dont il faut tirer le meilleur parti possible, mais qu'il est nécessaire de déconseiller toujours.

Ce principe admis, le choix des moyens n'est plus qu'une question d'opportunité.

Un grand débat est encore pendant, à l'heure actuelle, entre les partisans de la *visite à domicile* et les organisateurs de *Consultations de nourrissons*, sans que les statistiques accumulées apportent aucune preuve décisive (1).

Dans la Meuse (2), à Robert-Espagne, à Revigny, à Lisle-en-Rigault, à Ligny-en-Barrois ; dans l'Yonne (3), à Appoigny, Joigny, Auxerre, etc. ; dans le Pas-de-Ca-

---

(1) Voir à ce sujet Variot. Loc. cit., p. 551.

(2) Docteur Florentin. — Revue Médicale de l'Est, 1er juillet 1911.

(3) R. Marois. - Les consultations de nourrissons dans l'Yonne, en 1907. Revue philanthropique, 1908, p. 285.

lais (1), à Béthune, Berck, le Portel ; dans Saône-et-Loire, à Montceau-les-Mines, à Cluny ; dans les Vosges, à Remiremont et Saint-Etienne, etc... les *Consultations de nourrissons* ont donné d'heureux résultats. Elles ont échoué par contre, dans l'Ardèche, la Somme, les Alpes-Maritimes, la Lozère, le Jura, la Dordogne, faute d'une assuidité suffisante de la part des mères.

Par la *visite à domicile*, le médecin peut juger *de visu* de l'insalubrité du milieu, il peut surprendre les mères dans l'exercice de leurs fonctions, il voit l'enfant tel qu'il est. *Les Consultations de nourrissons* lui permettent de plus d'exercer une surveillance *périodique*, avec un *matériel de contrôle* de son choix, en présence de plusieurs femmes chez lesquelles s'établit une heureuse *émulation*, avec l'aide d'un personnel qui tirera profit de cet *enseignement pratique*.

Dans le milieu rural, où les villages sont éloignés les uns des autres et où le transport des bébés, surtout pendant les premiers mois, les exposerait à des refroidissements imprévus, il semble que les *Consultations de nourrissons* soient seulement applicables aux bourgs et aux petites villes, où la population infantile de 0 à 1 an est suffisamment importante. Ces œuvres ne pouvant être régionales, il serait illogique de les instaurer dans les 2 3 de nos communes, car les nourrissons y sont trop peu nombreux (0 à 5 nourrissons par commune). Seules les petites villes comme Langres, Bourbonne-les-Bains, Fays-Billot et les localités comme :

---

(1) Ausset. — Le bilan des consultations de nourrissons et des gouttes de lait. Paris, Masson, 1909.

Bussières-les-Belmont	Provenchères
Chalindrey	Prauthoy
Hortes	Rolampont
Melay	Serqueux
Montigny-le-Roi	Varennes
Neuilly-l'Evêque	Voisey

présentent assez de naissances annuelles pour obtenir éventuellement une *Consultation de nourrissons*. La plupart de ces villages possèdent d'ailleurs des médecins tout indiqués pour fonder et diriger des organisations puericoles. Dans les autres communes, c'est à la *visite médicale mensuelle* et à la *surveillance par la sage-femme* qu'il faudra recourir pour contrôler l'éducation des enfants.

Notre choix ainsi déterminé, que sera *la consultation rurale* ? Conformément aux idées de Budin, elle s'adressera *uniquement aux nourrissons bien portants* qui seront pesés, examinés et munis d'une fiche sanitaire. Les mères recevront des primes en numéraire ou en nature et des conseils leur seront donnés. En outre, de petites leçons concernant les principales questions d'hygiène infantile (1) seront faites aux sages-femmes et aux femmes ou jeunes filles qui auront bien voulu apporter leur aide au médecin.

Sauf en ville, nous ne croyons pas que la *Consultation de nourrissons* doive participer de la *Goutte de lait* ou des œuvres similaires *(Œuvre du bon lait)* dont l'action

(1) A Reims, Boulogne, Bar-le-Duc les élèves des écoles primaires supérieures et des collèges ou écoles normales fréquentent les consultations de nourrissons et ces visites sont recommandées par les programmes officiels d'enseignement.

prophylactique se traduit par la distribution de « *bon lait* » donné gratuitement ou vendu à prix réduit aux mères indigentes (1). A la campagne, la *question du lait* est surtout nous l'avons vu, *une question de propreté* et selon les craintes exprimées par M. le professeur Pinard au congrès de Rouen en 1904 ; offrir aux mères des bons de lait, serait les encourager à sevrer d'abord, pour venir chercher du lait ensuite.

Des conseils sur l'hygiène des étables, sur la propreté de la traite et la conservation du lait remplaceront avantageusement ces dons gratuits.

§ 3. — Education des futurs chefs de famille

La puériculture ne doit pas dédaigner de mettre à profit l'influence des chefs de famille et, il est de son rôle d'entreprendre ce que nous appellerons *l'éducation des futurs pères.*

En exerçant sur les jeunes garçons une action moralisatrice soit dans les cours d'adultes, soit dans les régiments, on contribuera à les prémunir contre les entraînements de l'alcoolisme, contre la contagion tuberculeuse ou spécifique. On atténuera ainsi leur part de responsabilité dans l'expansion des maladies sociales et dans la fréquence de l'hérédité morbide.

On pourra, en outre, attirer l'attention des élèves des écoles sur l'intensité de la dépopulation française et

(1) Cf. Haushalter. Les œuvres de protection de la première enfance à Nancy. Annales de médecine et de chirurgie infantile. 1902.

sur les hécatombes dues à la mortalité infantile ; on leur en indiquera sommairement les causes, on leur en montrera les remèdes. Ils seront alors préparés à envisager la *procréation*, comme un acte grave et réfléchi, et *la maternité*, comme une mission sacrée à laquelle il ne faut pas craindre de sacrifier momentanément, tous les autres intérêts matériels.

CHAPITRE III

ASSISTANCE

Sommaire : L'assistance, complément de l'éducation.

Assistance pendant la grossesse.

Repos des femmes enceintes avec indemnité. Refuges et asiles. Ouvroirs et dortoirs annexés aux maternités.

Assistance au moment de l'accouchement. — Assistance à domicile. Société des Dames Mauloises. Société philanthropique de puériculture de Saint-Parres-les-Vaudes. Repos après les couches. Création d'infirmières-ménagères. Création de nouvelles maternités.

Assistance aux mères. — Primes à l'allaitement au sein. Crèches temporaires d'été. Mutualités maternelles.

La misère n'exerce pas une action prépondérante sur la mortalité infantile de l'arrondissement de Langres et l'*assistance* n'apparait pas chez nous comme l'élément fondamental de la sauvegarde de l'enfance.

Sans doute des ressources pécuniaires sont indispensables à la puériculture rurale, mais rappelons qu'elles

ont moins pour rôle de soulager les malheureux, que de servir à la rétribution nécessaire des dévouements requis et que les primes accordées aux mères en restent le but principal.

Tous les secours distribués ne le seront donc pas à des femmes nécessiteuses, ils constitueront plutôt le *complément* naturel des moyens d'éducation.

§ 1. — Assistance pendant la grossesse

Repos. M. le professeur Pinard fixe à trois mois le repos nécessaire aux femmes, avant l'accouchement. Les obligations de la vie agricole ne permettent pas à la paysanne une inactivité d'aussi longue durée et si, à la suite de la surveillance obstetricale que nous avons préconisée, les médecins imposent aux villageoises le supplice d'un tel repos, cette mesure ne recevra aucune application pratique.

Pour concilier les désirs des accoucheurs avec les nécessités du travail, il nous paraît donc préférable d'adopter l'heureuse formule proposée par le docteur Poquelet (1) : « *Donner du repos seulement aux femmes qui en ont besoin, au moment où elles en ont besoin et pour le temps qu'elles en ont besoin* ».

Mais même avec ces restrictions ; comme il faut remplacer aux champs ou à la maison, les paysannes immobilisées, *une indemnité doit nécessairement correspondre au repos* et ce principe a été adopté par la plupart des *Mutualités maternelles.*

(1) Cité par Patou, loc. cit., p. 88.

Refuges-ouvroirs et asiles pour filles-mères. — Il est d'autre part toute une catégorie de gestations qui réclament protection : ce sont *les grossesses illégitimes* et *les grossesses pathologiques.* A Paris, se sont fondés un grand nombre d'asiles destinés à accueillir les filles-mères ou les femmes miséreuses au cours de leur grossesse (1). Dans les grandes villes de province, à Roubaix, Rouen, Châlons-sur-Saône (fondation Boucicault), Lyon (Samaritaine), Bordeaux (œuvre de St-Raphaël) [2], etc.. le mouvement s'ébauche et dès le 1 mai 1891, l'Académie de Médecine sur la proposition de son président, le professeur Tarnier a émis le vœu :

« Que dans chaque département il soit établi au moins un asile destiné à recevoir les femmes pendant le dernier mois de leur grossesse ».

L'hospitalisation des femmes enceintes et des filles-mères est à la campagne passible de certaines objections. Elle nécessiterait de lourdes dépenses pécuniaires dont le bénéfice serait relatif. *Les femmes mariées*, en effet, n'abandonneraient pas volontiers « *leur intérieur* » pour entrer dans les refuges ou asiles, et, au point de vue moral, les filles-mères nous paraissent mieux au sein de leur famille que partout ailleurs. La *création de dortoirs, annexés aux maternités* des petites villes et

(1) Asile Sainte-Madeleine, fondé en 1865, par Mme de Brigode. Asile de l'Avenue du Maine, fondé en 1892, par Mme Béquet de la Vienne. Asile du boulevard Montparnasse. Dortoir de la rue Saint-Jacques. Refuge-ouvroir de la Société de l'allaitement maternel. Maison de la mère, rue Stendhal. Asile Pauline Roland, etc.

(2) Voir à ce sujet : Docteur Gœpfert, loc. cit.

capables de pourvoir aux besoins les plus urgents constituerait une amélioration suffisante des conditions actuelles.

L'assistance au moment de l'accouchement. — Des sociétés diverses ont été créées récemment dans le but de porter secours à domicile aux mères nécessiteuses, avant, pendant et après l'accouchement. Le prototype de ces œuvres est l'*Association des Dames Mauloises*, fondée à Maule (Seine-et-Oise), par le docteur Pecker, en 1897 (1). Les membres de cette Société visitent les femmes enceintes pendant le dernier mois de la grossesse, leur apportant un réconfort moral ou une aide matérielle et « surveillent l'enfant un mois et plus si le besoin s'en fait sentir ». Sur le même modèle, s'organisèrent ensuite des associations analogues à St-Rambert, au Havre, à l'Isle-Adam, à Briey et à Longwy (2).

Le 21 octobre 1902, le Dr Bertrand fondait à Saint-Parres-les-Vaudes (Aube), en plein milieu rural, la *Société philanthropique de puériculture* destinée à assister les mères de 11 villages, dont le plus peuplé n'avait pas 600 habitants. Cette tentative hardie fut, grâce au dévouement de son promoteur, couronnée d'un plein succès.

La Société a une déléguée dans chaque commune et chaque mairie reçoit *un sac d'accouchement* contenant 1 paire de draps, 6 couches de toile, des langes, des

(1) D'autres sociétés existaient déjà auparavant à Paris, Angers, Rouen, Rennes, Lille, Bar-le-Duc, Le Hâvre, Metz, etc... Mais elles n'avaient pas le caractère intercommunal que présentent les associations dont il s'agit.

(2) Consulter sur ce sujet la thèse du docteur Gœpfert.

chemises, des brassières, de l'ouate hydrophile, des épingles. Un graphique de poids, un livret sanitaire familial, un livret antituberculeux sont ajoutés au sac et le tout devient la propriété de l'assistée à l'exception des draps qui doivent être rendus. Depuis 1902, la Société a fait de plus une active propagande en faveur de l'hygiène infantile, elle a distribué des primes d'allaitement au sein, elle a affilié nombre de ses adhérentes à la Mutualité maternelle de l'Aube, elle a fondé un service gratuit de *crèches rurales temporaires d'été* pour les mères aux champs, elle a créé un refuge ou *sanatorium de grossesse*. Les résultats ne se sont pas fait attendre et, dans une région où le nombre des décès de 0 à 6 mois est de 24 % ; en 1904, sur 60 enfants visités, on n'a pas enregistré un seul décès par gastro-entérite. Or, pour arriver à ce but, la Société demande seulement à ses adhérents une cotisation de 3 francs, et les recettes de son budget annuel ne dépassent guère 300 francs.

L'exemple du Dr P. Bertrand montre comment on fonde à la campagne une œuvre d'assistance et d'éducation et nous sommes persuadé que chaque canton de l'arrondissement de Langres pourrait posséder lui aussi sa *Société de puériculture*.

Entre les mains d'une direction compétente, ces associations sauraient réaliser une *organisation puéricole* complète et entreprendre la lutte contre la mortalité infantile, sous toutes ses formes.

Au point de vue de l'assistance des femmes en couches, attirons encore l'attention sur quelques points particuliers.

Le post-partum, nous l'avons démontré, a besoin chez nos paysannes d'une surveillance plus étroite et il est nécessaire que la fréquence des levers précoces soit diminuée à la campagne. Il faut donc non seulement *subventionner le repos après les couches*, mais encore assurer aux jeunes mères une *infirmière-ménagère* qui les soignerait et les remplacerait.

Autrefois, les *religieuses* dans les campagnes, remplissaient en partie ce rôle. On les a supprimées, mais non remplacées et dès lors, il faut chercher dans une organisation nouvelle, privée ou publique, le moyen de remédier à la situation actuelle (1). Peut-être pourrait-on imiter à ce point de vue, ce qui se passe en Angleterre où en 1887, fut fondée sous le patronage et avec l'aide de la reine Victoria le « Queen Victoria's Jubilee Institute for nurses », qui comptait en 1904 plus de 1900 « nurses » répartis dans 600 centres agricoles et y jouant le rôle d'*infirmières-ménagères*.

Enfin, il est du devoir des pouvoirs publics, de multiplier *les maternités régionales*. Un service d'accouchement par arrondissement est insuffisant surtout quand ce service est en contact avec les salles hospitalières (2). A ce point de vue, beaucoup de cantons pourraient imiter la commune de Wasquehal (Nord), qui pour une première mise de fonds de 13,702 fr., a pu créer une *maternité* hospitalisant annuellement 33 partu-

(1) Cf. Drouineau. — Les sœurs dans les campagnes. *Revue philanthropique*. Tome XXIV, page 221.

(2) Cf. *Journal officiel* 27 mars 1909. Rapport sur la Protection de l'Enfance.

rientes, une *consultation obstétricale* fréquentée par 108 femmes enceintes et une *Consulation de nourrissons*. Une sage-femme interne dirige cette maternité, dont les dépenses, non compris les salaires de repos, ne dépassent pas 6,500 fr. par an.

§ 3. — L'Assistance aux mères

L'Assistance aux mères continue et prolonge naturellement celle des femmes en couches.

Primes à l'allaitement maternel. — Dans notre arrondissement, elle devra se proposer particulièrement de *favoriser l'allaitement maternel par des primes*, des distributions de layettes et de jouets, par des tombolas et des fêtes de l'enfance. Elle procurera, au besoin, aux mères nourrices du *travail à domicile*, leur permettant de ne pas s'éloigner de leur nourrisson. Elle s'efforcera de *venir en aide aux familles nombreuses.*

Crèches temporaires d'été. — Pour les enfants élevés au biberon, un excellent moyen d'assistance maternelle à la campagne peut être mis en œuvre par la création des *crèches gratuites temporaires d'été.*

Leur but est d'assurer aux nourrissons des soins éclairés et une surveillance constante, à un moment de l'année où les grandes chaleurs et l'absence des mères, s'unissent pour mettre en péril la frêle existence des tout petits. — Les sages-femmes, en veillant à leur bon fonctionnement, sont susceptibles de rendre à ce point de vue les plus grands services.

Les mutualités maternelles. — A côté des sociétés de puériculture, parmi les organisations dont la diffusion s'impose à la campagne, il faut citer les *mutualités maternelles.*

Ébauchées le 15 août 1866, à Mulhouse, par Jean Dolfus, sous le nom d'Association des femmes en couches ; préconisées au cours de la conférence de la Législation internationale du travail, tenue à Berlin, en 1890 ; les Mutualités maternelles reçurent leur première application en France, en 1891. A cette date, fut fondée la Mutualité maternelle de Paris par Brylinski et M. Félix Poussineau, avec l'appui de Jules Simon et de Léon Say et sous le patronage d'une femme de cœur : Madame Carnot. Puis apparurent les Mutualités maternelles de Vienne (1894), Lille, Saint-Germain-en-Laye, Dammarie-les-Lys, Roubaix (1903), Charlieu (Loire, 1906), Talence (Gironde, 1907), la mutualité maternelle de l'Aube (1907) et celle d'Angoulême (1908). Au 31 décembre 1908 (1), on en comptait 50 en France, comprenant 32.863 membres, distribuant des secours à 3.835 personnes et dépensant ainsi : 163.289 fr. en 1908, 398.450 fr. en 1910.

La Mutualité maternelle ne peut être une œuvre intégralement *mutualiste*, car les cotisations habituellement versées représentent à peine le quart de ce qu'exigeraient les frais annuels (3 fr. au lieu de 13 fr.). Le surplus est fourni par les membres bienfaiteurs ou honoraires,

(1) Rapport sur les opérations des Sociétés de Secours mutuels en 1908 (*Journal officiel* du 28 déc. 1910).

par les dons des Chambres syndicales ou patronales, par les subventions des corps élus et de l'Etat.

La direction des sociétés est confiée à un *comité* (membres honoraires, membres participants, représentants des organisations affiliées) ; des *dames inspectrices* se chargent d'aller porter à domicile indemnités et conseils, ou d'enregistrer les demandes faites ; des *médecins*, des *sages-femmes*, des *conférenciers* assurent les différents services et sont assistés d'infirmières, de gardes et même de femmes de charge.

Le *but* de la Mutualité maternelle est la *protection et l'assistance de la mère et de l'enfant*. Il est réalisé :

1° *Avant l'accouchement*, par la surveillance obstétricale avec primes d'assiduité, le repos indemnisé pendant la grossesse, les soins d'hygiène ;

2° *Après l'accouchement*, par le repos obligatoire avec indemnité après les couches, les primes d'allaitement, la propagande puéricole, les Consultations de nourrissons et les Gouttes de lait, les Crèches et l'Œuvre des layettes.

Les *résultats obtenus* (1) sont en général, l'augmentation du nombre des naissances, la diminution de la mortalité infantile, l'augmentation du nombre des mères qui allaitent.

Telles sont, envisagées dans leur ensemble, l'organisation et l'action des Mutualités maternelles.

Basées sur la solidarité, elles permettent à leurs sociétaires, moyennant une cotisation minime de se croire

(1) Voir à ce sujet Dr Mornet. — Les Mutualités maternelles, Bloud, éditeurs, Paris, 1911.

non pas *assistées*, mais *assurées contre les risques de la maternité*, et cette particularité est pour leur extension dans le milieu rural, un facteur précieux de succès. Enfin, elles se recommandent d'une haute tenue morale, en mettant un peu de pitié au cœur des mères heureuses, en appelant comme l'écrit le Dr Bertrand « les mamans au secours des mamans ».

CHAPITRE IV

ACTION DES POUVOIRS PUBLICS
et Législation

Sommaire. — Subventions. Surveillance des œuvres privées. Amélioration de l'hygiène publique. Prophylaxie des tares héréditaires. Répression de l'avortement criminel. Protection des femmes enceintes et des femmes en couches. Assistance aux filles-mères. Diminution du nombre des enfants illégitimes. Surveillance de la production et de la vente du lait. Hygiène du premier âge. Protection de l'enfance. Les enfants assistés.

Bien que notre dessein ait été surtout de faire une étude monographique, nous ne saurions terminer l'exposé de la *prophylaxie de la mortalité infantile*, sans indiquer en quelques mots comment l'*action des pouvoirs publics* et la *législation* s'exercent en faveur de la puériculture.

1° Subventions

Les œuvres de puériculture sont *subventionnées* par le Ministre de l'Intérieur, au moyen d'un crédit spécial prélevé sur son budget. L'art. 8 de la loi de finances du 26 décembre 1908, les décrets du 5 mai et du 21 juin 1909, ont réglé les conditions de répartition du crédit. En 1910 (1), 500.000 francs ont été distribués entre 267 crèches et 471 œuvres diverses. En 1911, le Parlement a porté la subvention à 600.000 francs avec le but de secourir les communes ayant inscrit dans leur budget, une somme avec affectation spéciale pour l'assistance aux femmes, avant ou après les couches.

D'après la circulaire du 12 juin 1911, la Commission de répartition encourage de préférence les œuvres qui :

1° *Favorisent l'allaitement maternel ;*

2° Ne font *aucune différence* entre les *femmes mariées* et les *filles-mères ;*

3° S'efforcent d'*enseigner* l'hygiène générale et spécialement la puériculture ;

4° Garantissent aux mères, une aide pécuniaire suffisante, pendant le *repos* précédant ou suivant l'accouchement.

Enfin, un crédit spécial est réservé à la propagande *antialcoolique* en France.

Localement, les conseils généraux, les municipalités aident de leurs deniers les œuvres de puériculture, mais malgré cet appoint, la lutte contre la mortalité infantile reçoit des subsides *insuffisants*.

(1) Voir *Journal officiel* du 10 janvier 1910.

Elle est moins favorisée que la lutte contre la *mortalité du bétail*, à laquelle le Parlement attribue chaque année un crédit de 900.000 francs.

2° Surveillance des Œuvres privées

Dans un avenir prochain, les *Pouvoirs publics* se réserveront un *contrôle* étroit du fonctionnement des *Œuvres privées*.

M. Breton, président et rapporteur de la Commission d'assurance et de prévoyance sociale de la Chambre, a émis le vœu qu'un Conseil d'assistance fût institué, dans chaque département, pour y exercer la surveillance des établissements privés de bienfaisance. Cette Commission départementale se prononcerait en premier ressort sur les mesures répressives à prendre et appel pourrait être interjeté devant le Conseil supérieur d'Assistance (1).

3° Amélioration de l'hygiene publique

La loi du 15 février 1902, résume la législation sanitaire de la France ; elle comporte pour les communes rurales un minimum de précautions essentielles, détaillées dans le Règlement sanitaire municipal (modèle B) mais complètement méconnues en pratique.

(1) Cette intervention des pouvoirs publics a soulevé de nombreuses critiques parmi les partisans de l'initiative privée et il est réel qu'une surveillance trop étroite paralyserait rapidement l'essor des Sociétés puéricoles. Le Conseil départemental d'assistance devra donc borner son rôle à assurer le respect des statuts et à empêcher la dilapidation des ressources.

4° Prophylaxie des tares héréditaires

L'*impôt* sur l'*alcool*, a été porté, par la loi du 30 décembre 1900, à 220 francs par hectolitre au lieu de 156 fr. 25. Cette mesure n'a pas sensiblement fait baisser la consommation dans les campagnes, où l'on boit encore environ 3 litres d'alcool par tête d'habitant. Dans les villes, par contre, la loi du 27 décembre 1897 a permis d'augmenter considérablement les droits d'octroi sur l'alcool, et de 1900 à 1909, la consommation s'y est nettement amoindrie. La suppression des privilèges dont jouissent encore les bouilleurs de crû, la limitation du nombre des débitants, l'interdiction de la fabrication de l'absinthe, la propagande scolaire et post-scolaire sont autant de moyens que les pouvoirs publics peuvent mettre en œuvre pour lutter contre les méfaits de l'*alcoolisme*.

Quant à la *syphilis*, il appartient aux maires d'en ralentir l'expansion en soumettant la *prostitution clandestine* à une sévère répression. De même il serait à souhaiter que la *tuberculose* fût rangée dans la catégorie des maladies à *déclaration obligatoire* ; néanmoins, en l'état actuel de la législation, les *municipalités*, peuvent beaucoup contre ce fléau, en veillant à l'application stricte de la *désinfection* quand une déclaration est faite.

5° Répression de l'avortement criminel

Le 15 juillet 1910, M. le Garde des Sceaux a déposé à la Chambre un projet de loi ayant pour but de *modifier l'art. 317 du Code pénal qui punit l'avortement criminel.* L'art. 2, du nouveau texte, condamne à l'emprisonnement et à l'amende la provocation à l'avortement et l'art. 3, soumet les faits visés par l'art. 2, à la juridiction correctionnelle. Cette modification est justifiée par l'indulgence excessive des jurys qui, en 1908, ont acquitté 81 % des prévenus.

6° Protection des femmes enceintes et des femmes en couches

Le repos des femmes enceintes et des mères après l'accouchement a fait l'objet de nombreuses propositions de loi parmi lesquelles on peut citer :

Le projet de Mun, déposé en 1886, discuté le 18 juin 1888, le 8 juillet 1890, le 5 février 1891, adopté en première lecture par la Chambre en novembre 1892, puis enterré.

Il prévoyait le repos des accouchées, pendant la semaine après l'accouchement, sans indemnité.

Le projet Pierre Richard, déposé en janvier 1891 ne fut pas pris en considération.

Il rattachait l'assistance maternelle à l'assurance-maladie.

Le projet élaboré en 1892 par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, comportant :

1° Des secours à domicile pour les femmes indigentes ; 2° l'hospitalisation des femmes enceintes dans les maternités hospitalières.

Le projet Dron-Brousse, déposé en 1892, adopté en 1re lecture, puis enterré.

Il accordait des indemnités aux ouvrières et des secours aux femmes indigentes.

La proposition de loi du parti ouvrier français, déposée le 27 octobre 1892 par Paul Lafargue, Ferroul, Jourde, interdisant le travail après le 4e mois de grossesse et fixant à un an, avec indemnité, le repos après l'accouchement.

Le projet Dulau, déposé le 12 mars 1899 et pris en considération par la Chambre ; c'est le projet du Conseil supérieur de l'Assistance publique repris sous une autre forme.

Le projet Strauss, déposé au Sénat le 17 janvier 1902 ; 1re délibération le 3 décembre 1903, autre délibération le 21 mai 1907 et le 30 octobre 1908 ; renvoyé à la Commission, puis voté en 1re lecture.

Ce projet interdit le travail aux ouvrières, 15 jours avant et 4 semaines après l'accouchement, prescrit à la fois le secours à domicile et l'hospitalisation, mais ne concerne pas les femmes de la campagne. Cette restriction injustifiée s'impose, paraît-il, en raison de considérations budgétaires.

A l'heure actuelle, aucune loi en ce sens n'est encore votée et le *principe du repos*, accepté par la France au Congrès de Berlin dès 1890, attend depuis plus de 20 ans, une réalisation. Les autres nations, au contraire, possèdent depuis longtemps une législation de la grossesse, établie aux époques suivantes :

Angleterre : 1878 (loi modifiée en 1891).

Allemagne : loi du 17 juillet 1878, modifiée le 15 juin 1883.

Hollande : loi du 5 mai 1889.

Belgique : loi de 1889.

Norvège : loi du 27 juin 1892.

Suisse : lois du 25 mars 1885 et du 5 octobre 1899.

En France, les seules mesures législatives qui protègent la femme enceinte sont :

1° La loi du 15 juillet 1893, confirmant l'article 1er de la loi du 7 août 1851, qui assimile les femmes en couches à des malades pour l'obtention de l'assistance médicale gratuite ;

2° La loi du 25 novembre 1909 qui garantit leur emploi aux femmes abandonnant le travail pendant le mois qui précède ou suit l'accouchement.

Les règlements de diverses administrations publiques prévoient de plus des *congés de grossesse*, avec salaire intégral, pour leurs employées :

15 jours avant l'accouchement et 21 jours après, à l'Assistance publique.

35 jours en tout, aux Postes et Télégraphes.

30 jours en tout chez les institutrices.

Il est à souhaiter que le *repos obligatoire* des femmes, avant et après l'accouchement, fasse enfin l'objet d'une loi, et qu'au point de vue de l'indemnité accordée, aucune distinction ne soit établie entre les femmes pauvres de la campagne et les ouvrières des villes.

7° Assistance aux filles-mères

L'assistance aux filles-mères est actuellement réalisée par la distribution des *secours temporaires préventifs d'abandons*, établis par la loi du 27 juin 1904, et accordés, dans tous les départements, aux filles-mères gardant leur enfant. Le tarif en est variable, mais pour que ce mode d'assistance soit efficace, il faut que la présence du bébé ne soit pas une charge pour la mère. Aussi serait-il utile de baser le montant de la somme allouée sur les salaires locaux des nourrices. De plus, il serait préférable que les Maternités fussent chargées de donner les premiers subsides. En effet, les employés des bureaux ouverts remplissent trop administrativement une mission qu'il faudrait entourer de beaucoup de douceur et de persuasion. Enfin, il importe de réprimer la coutume que, dans certaines villes, ont les sages-femmes d'aller a l'hôpital chercher des nourrices, moyennant la subvention d'un bureau de placement.

Quelles que soient *les imperfections du secours temporaire*, son effet préventif est certain, puisque le chiffre des abandons annuels (1) en France, à l'Assistance publique est passé de 12,685 en 1904, à 9,810 en 1910, en diminution de 22,59 %.

(1) *Journal officiel* 27 juin 1911.

8° Diminution du nombre des naissances illégitimes

L'*illégitimité* étant reconnue comme un facteur de la mortalité infantile, on doit se préoccuper de restreindre le nombre des naissances illégitimes et d'assurer la protection paternelle à l'enfant naturel. On y arrive en *favorisant le mariage* et en instituant la *recherche de la paternité*.

La loi Lemire du 21 juin 1907, en diminuant les formalités nécessaires au mariage a contribué à une augmentation certaine de la nuptialité.

L'article 340 du Code civil interdit la *recherche de la paternité*, admise cependant par l'ancien droit français, selon la maxime :

« Creditur virgini prœgnanti »

La Belgique et le pays de Vaud sont les seuls états qui aient adopté notre législation à ce point de vue. En fait, malgré l'article 340, les tribunaux accordent parfois des indemnités aux filles séduites, sous le couvert de l'article 1382, qui oblige à *réparer tous les dommages causés*.

Un premier projet de loi autorisant la recherche de la paternité fut déposé au Sénat en 1878, par MM. Béranger, de Belcastel, Foucher de Careil et Schœlcher ; il ne fut pas adopté. A son tour la *Commission de dépopulation*, sur le rapport de MM. Athalin et Lyon Cæn, émit un vœu dans le même sens. Au moment où nous écrivons ces lignes, une loi va trancher définitivement

la question et la *recherche de la paternité* sera *une réalité de demain.*

9° Surveillance de la protection et de la vente du lait

La plupart des nations (Angleterre, Allemagne, Belgique, Italie, Suisse, Suède, Norvège, Danemarck, Canada), ont une *législation du lait* qui n'existe pas en France. Seuls la loi sur les fraudes (1er août 1905) et les règlements municipaux concernant la police sanitaire des animaux, garantissent le consommateur contre les altérations possibles de cet aliment si précieux.

Une telle protection est insuffisante. — Il est nécessaire de la compléter par la *tuberculinisation obligatoire* des vaches laitières, et par le contrôle permanent des étables et laiteries. — Des projets de loi ont déjà été déposés par MM. Delory, Vigouroux, Joseph Oré, Cazeneuve et Vaillant, et la proposition de loi du 15 juin 1908, charge de la surveillance le vétérinaire départemental.

En attendant qu'un vote intervienne, plusieurs préfets, notamment ceux du Doubs (circulaire du 18 novembre 1909) et du Pas-de-Calais (1), ont pris l'initiative de réglementer par des arrêtés les conditions de production, d'adduction et de vente du lait.

(1) Arloing. Nécessité de l'inspection des vacheries et du contrôle de la production du lait. Revue scientifique, 3 avril 1909.

10° Hygiène du premier âge

La circulaire ministérielle du 16 juillet 1878, modifiée par l'arrêté du 26 mars 1884 (1) interdit l'emploi des *matières colorantes toxiques*, dans la fabrication des hochets et des jouets. Elle n'est pas appliquée avec assez de rigueur et pour plus de sécurité, il est préférable de ne donner aux nourrissons que des jouets incolores.

— Un décret récent autorise les pharmaciens à délivrer aux sages-femmes une solution de nitrate d'argent au 1/10e, pour prévenir l'*ophtalmie purulente.*

— Rappelons enfin que la *vaccination* au cours de la première année est obligatoire et que la vente des *biberons à tube* et des *têtes de pavots* est interdite.

11° Protection de l'enfance

Le rapport sur la *loi de protection de la première enfance* fut déposée par le docteur Théophile Roussel, député à l'Assemblée nationale le 9 juin 1874 (2).

Au cours de la discussion, de nombreuses solutions furent envisagées. Le docteur Alex. Meyer proposa l'allaitement maternel obligatoire, M. Marbeau, l'établissement obligatoire des crèches dans les agglomé-

(1) Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène. 1884, t. XIV, p. 668.

(2) Cf. Publications de l'Assemblée nationale. Année 1874, n° 2446.

tions industrielles, d'autres la fondation de nourriceries, avec pénalités et primes pour les nourrices ; Th. Roussel formula même un contre-projet. Finalement la loi fut promulguée le 23 décembre 1874, et le règlement d'administration publique du 23 février 1877, détermina l'organisation du Service de Protection de l'enfance.

Notre région comptant peu d'enfants protégés, nous résumerons brièvement quelques remarques faites au sujet de l'application de la loi.

Les commissions locales prévues par l'article 2 n'existent pas. Le registre déposé dans les mairies, conformément à l'article 10, n'est pas tenu régulièrement dans tous les villages. Les articles 27, 28 et 29 du Règlement de 1877, imposent aux candidates nourrices un certificat du maire et un certificat du médecin. Le premier est ordinairement une simple formule générale, bienveillamment complaisante. Le second ne concerne que l'état de la nourrice, rien n'y fait mention des conditions sanitaires de la famille ou de la salubrité de l'habitation. L'article 8 de la loi prescrivant qu'aucune femme ne peut se placer comme nourrice sur lieu, sans que son enfant ait au mois 7 moins révolus, est généralement inappliqué, grâce à la complaisance des maires.

En ces dernières années, la question de l'*extension* de la loi Roussel à tous les nourrissons a été agitée et on a cherché à remplacer la *visite à domicile*, base actuelle de la surveillance médicale des enfants protégés, par la *consultation de nourrissons*. Des arrêtés préfectoraux, d'ailleurs entachés d'*illégalité*, ont été pris en ce sens dans l'Yonne et le Finistère. Ces tentatives n'ont pas donné que des succès. Nous avons déjà com-

paré la consultation et la visite ; il faut les utiliser toutes deux au mieux des circonstances, et non les remplacer l'une par l'autre.

12° Les Enfants assistés

Les lois des 28 juin et 4 juillet 1793, celles du 5 mai 1869 et du 27 juin 1904, ont organisé le service des Enfants assistés en France. Le séjour prolongé à l'hospice dépositaire, le manque de précautions dans le choix des nourrices, les salaires trop minimes des parents nourriciers, l'absence de sanctions réelles, l'inertie des administrations préfectorales, sont dans le service des Enfants assistés autant d'imperfections ou de lacunes difficiles à combler. Le recrutement des inspecteurs, *au concours*, établi par décret du 21 août 1909, fera entrer dans les cadres de l'inspection des talents nouveaux, mais diminuera peut-être l'unité de direction et la compétence médicale des services.

Telles sont, dans notre *arsenal législatif*, les dispositions susceptibles d'aider à la sauvegarde de l'enfance. Elles ne sont *ni complètes, ni suffisantes*, et de même qu'il y a des lois *ouvrières et commerciales*, il devrait exister des lois *maternelles et infantiles*. A une heure où toutes les réclamations sont de jour en jour plus ardentes, la voix de l'enfant s'élève à son tour pour faire comprendre à ses aînés que *l'amélioration du présent* n'est rien sans la *préparation de l'avenir*.

CONCLUSIONS

Notre étude statistique du mouvement démographique dans l'arrondissement de Langres, nos recherches sur l'intensité, l'étiologie et la prophylaxie de la mortalité infantile dans le milieu rural, nous conduisent aux conclusions suivantes :

La région de Langres se *dépeuplant* par le triple mécanisme de la *forte émigration*, de la *faible natalité* et de la *mortalité excessive*, *la lutte contre la mortalité infantile* s'y impose comme une entreprise immédiatement *nécessaire*.

Dans l'ensemble de l'arrondissement, la moyenne des décès de 0 à 1 an est à l'époque actuelle légèrement inférieure à la moyenne générale observée en France, mais, dans une certaine région du moins, elle ne paraît pas avoir diminué depuis deux siècles. Elle varie d'ailleurs avec les cantons considérés, passant approximativement du simple au double.

Les facteurs morbides qui dominent cette mortalité sont : *les affections de l'appareil digestif* et *les maladies des voies respiratoires*. La *débilité congénitale*, peu fréquente, mais mal soignée et trop souvent incriminée, exerce sur la mortalité infantile une influence à laquelle il est impossible d'assigner une valeur numérique. La *mortinatalité*, généralement faible, s'exagère chez les ouvriers ruraux et, pendant l'été, chez les cultivateurs.

Outre les facteurs morbides, interviennent dans l'étiologie de la mortalité, des facteurs sociaux qui agissent, soit avant, soit après la naissance, et dont l'action est favorisée par l'*insalubrité du milieu rural*.

Au point de vue *antenatal*, l'insouciance qui préside aux procréations, la diffusion lente des maladies sociales, le travail et le manque d'hygiène des mères pendant la grossesse, l'insuffisance des soins au moment de l'accouchement sont autant de menaces pour l'existence du fœtus et celle du nouveau-né.

Après la naissance, le plus grave danger auquel est exposé le nourrisson rural est la *mauvaise alimentation*. Plus de la moitié des enfants de la campagne sont exclusivement nourris au *biberon* et *suralimentés* dès les premiers mois. D'ailleurs, qu'il s'agisse d'allaitement au sein ou d'allaitement artificiel, l'irrégularité et la malpropreté sont la règle, car les mères ignorent tout de l'hygiène des tout-petits et se soumettent aux plus absurdes préjugés.

Pour lutter contre la mortalité infantile, l'*Education* sera donc un puissant moyen d'action. Elle se fera

à l'*Ecole*, dans les œuvres *post-scolaires* (Ecole des futures mères) et plus tard sera complétée au cours de la surveillance médicale du nourrisson. Consultations de nourrissons ou visites à domiciles suivant l'opportunité, conférences et distribution de brochures, contribueront à l'instruction *pratique* et *didactique* des mères en propageant l'allaitement maternel et en exerçant le contrôle de l'allaitement artificiel.

L'illégitimité, l'indigence, l'envoi en nourrice, l'abandon ne causent pas dans notre milieu rural une surmortalité infantile marquée et l'*Assistance aux mères* n'aurait qu'un rôle effacé à la campagne, si elle ne constituait un sûr moyen de persuasion. On pourra la réaliser en créant des *Sociétés de puériculture* et des *Mutualités maternelles* centralisant entre leurs mains tous les moyens prophylactiques de la mortalité infantile.

Les médecins et les sages-femmes, auxquels la pédiaterie sera devenue familière, trouveront leur place naturelle à *la tête d'un mouvement puéricole* qui saura faire la part de leur dévouement.

Ainsi l'initiative privée, encouragée et soutenue par l'action d'une législation meilleure, poura entreprendre à la campagne, au plus grand profit de l'enfance, une œuvre de régénération physique et morale, toute de générosité et de beauté.

Vu :
Nancy, le 19 Juillet 1912.
Le Président de Thèse,
HERRGOTT.

Vu :
Nancy, le 20 Juillet 1912.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 22 Juillet 1912.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1° Mouvement démographique et statistique

Annuaire du Bureau des Longitudes. Paris, Gauthier-Villars, 1911.

Bertillon J. — Cours de statistique administrative. Paris, 1896.

— De la fréquence des principales causes de décès à Paris et dans les grandes villes. Paris, 1906.

— La dépopulation de la France. Paris. Alcan, 1911.

Blanc. — La mentalité des paysans qui procréent. Avenir médical, avril 1911.

Courmont. — Dépopulation. Monde médical, 5 mai 1909.

Gilbert. — De la dépopulation. Action individuelle du médecin. Thèse de Paris, 1910.

Grande Encyclopédie. — Art. Haute-Marne.

Guillard Ach. — Démographie comparée. Paris, 1855.

Guillou. — L'émigration des campagnes vers les villes. Thèse de droit, Caen, 1905.

Jayle. — A propos de la dépopulation. Communication à la Société de l'Internat, 27 octobre 1910.

Joanne. — Géographie de la Haute-Marne. Paris, Hachette, 1905.

Journal officiel. — 25 mai 1911, 6 novembre 1911, 10 janvier 1912, 6 juin 1912.

Lutaud. — La dépopulation de la France. Journal de médecine de Paris, 26 janvier 1902.

Marchal. — Géographie de la Haute-Marne. Langres, Mongin.

Maurel — La dépopulation de la France. Paris, Doin, 1896.

Messance. — Recherches sur la population. Paris, 1766.

Nadal. - Autour de la dépopulation. Thèse de Bordeaux, 1905.

Quetelet et Smits. — Recherches sur la reproduction et la mortalité de l'homme. Bruxelles, 1832.

Regnault. — La restriction volontaire chez les paysans. Avenir médical, avril 1911.

Rumelin. — Problèmes d'économie politique et de statistique. Paris, Alcan, 1896.

Thévenot. — La dépopulation de la France. Arcis-sur-Aube, 1908.

Vandervelde. — L'exode rural et le retour aux champs, Paris, Alcan, 1904.

Worms. — Organisme et Société. Paris, Giard et Brière, 1895.

2° Hygiène rurale

Abord Alexandre. — La médecine populaire et les pratiques superstitieuses du Morvan. Thèse de Paris, 1908.

Bagilet. — L'alcoolisme dans la Somme. Thèse de Paris, 1906.

Baudin. — Les enseignements d'une enquête sanitaire dans les communes rurales. Revue pratique d'hygiène municipale, 1907.

Cabanès. — Remèdes de bonne femme. Paris, Maloine, 1907.

Drouineau. - Encyclopédie d'hygiène de Rochard. T. IV. Hygiène rurale.

Duclaux. — Hygiène sociale. Paris, Alcan, 1902.

Ficatier. — Mortalité dans le département de la Meuse. Revue pratique d'hygiène municipale, 1905.

Guerillon. — Les villes meurtrières. Thèse de Lille, 1908.

Guiton. — Empirisme dans le Bocage normand. Thèse de Paris, 1904.

Grau. — La lutte pour l'hygiène dans l'Aube. Revue d'hygiène et de police sanitaire. T. XXI.

Imbeaux et Rolants. — Traité d'hygiène de Gilbert et Mosny. Fasc. XIII. Hygiène rurale. Paris, Baillière, 1908.

Lardier. — Les vénériens des champs. Paris, Doin, 1882.

Layet. — Hygiène et maladie des paysans Paris, Masson, 1882.

Mabille. — L'alcoolisme en Charente-Inférieure. Thèse de Bordeaux, 1909.

Malergne. — L'hygiène de la Maison rurale. — Thèse de Toulouse, 1909.

Règlement sanitaire (modèle B). Circulaire ministérielle du 30 mai 1903.

3° Etudes sur la mortalité infantile

Alamelle. — Causes et prophylaxie de la mortalité des enfants dans les Basses-Alpes. Thèse de Montpellier, 1905.

Aweng. — La mortalité infantile dans le Bassin de Briey. Thèse de Nancy, 1910.

Balestre et Gilletta de Saint-Joseph. — Etude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France. Paris, Doin, 1901.

Budin. — La mortalité infantile de 0 à 1 an. Annales de Médecine et de Chirurgie infantile, 1er avril 1903.

Cavro. — La mortalité infantile dans le Nord et le Pas-de-Calais. Thèse de Lille, 1904-1905.

Etienne. — Natalité et mortalité dans la population ouvrière de Nancy. Revue Médicale de l'Est, 1897.

Foucault. — La gastro-entérite du nourrisson dans les campagnes de Normandie. Thèse de Paris, 1904.

Gibert. — Mortalité infantile. Bulletin de l'Académie de Médecine, 1899.

Grande encyclopédie. Art. mortalité.

Guillon. — La mortalité infantile dans le département de la Vienne. Thèse de Paris, 1896.

Haushalter. — De la mortalité infantile dans la classe ouvrière indigente de Nancy. Revue Médicale de l'Est, 1897.

Legier. — Contribution à l'étude de la mortalité infantile. Thèse de Paris, 1900.

Lubing. — Mortalité des nourrissons en rapport avec leur alimentation. Thèse de Paris, 1900.

Lyautey. — Contribution à l'étude de la mortalité infantile par l'allaitement artificiel. Thèse de Nancy, 1904.

Mathieu. — La natalité et la mortalité infantile à Sainte-Menehould. Sainte-Menehould, imp. du Progrès, 1907.

Monory. — Etude sur la mortalité infantile. Thèse de Paris, 1906.

Oui et Parrot. — La mortalité infantile dans le milieu ouvrier de Lille. Province Médicale, 1910, XXI.

Robesco. — Contribution à l'étude de la mortalité infantile. Thèse de Paris, 1908.

Semaine Médicale, 20 nov. 1907.

Strauss. — Statistique de la Commission de dépopulation. Paris, Charpentier, 1903.

Variot. — La mortalité infantile dans le canton de Paimpol. Clinique infantile, 15 septembre 1908.

Vidalin. — Mortalité des nourrissons dans la Corrèze. Thèse de Paris, 1904.

Zuber. — De la mortalité infantile à Nancy. Thèse de Nancy, 1898-1899.

4° Hygiène de l'enfance

ANDERODIAS. — Le nouveau-né et le nourrisson. La pratique des maladies des enfants, t. I. Paris, Baillière, 1909.

ARLOING. — Nécessité de l'inspection des vacheries et du contrôle de la production du lait. Revue scientifique, nov. 1909.

ARRAGAN. — Le lait : son usage dans l'alimentation des enfants et des malades. La loi sur la répression des fraudes, août 1904. Thèse de Toulouse, 1908-1909.

BINET. — Difficultés sociales de l'allaitement maternel. Thèse de Paris, 1903.

BUDIN. — Le nourrisson. Paris, Doin, 1900.

— Manuel pratique d'allaitement. Paris Doin, 1907.

CHARRAPIN. — Contribution documentaire à l'étude de la question du lait. Thèse de Paris, 1908.

CONSEILS AUX MÈRES au sujet de l'alimentation des petits enfants. Nancy, Crépin-Leblond, 1910.

ESCHERICH. — Etude sur la morbidité infantile, 1er nov. 1895.

E. ETIENNE et PERRIN. — Dangers de contamination de diverses maladies. Société de Médecine de Nancy, 22 mai 1907.

FONSSAGRIVES. — Entretiens familiers sur l'hygiène. Paris, Delagrave, 1870.

MARFAN. — Traité de l'allaitement. Paris, Steinheil, 1902.

MARTEL. — Etude hygiénique de la production du lait. Revue d'hygiène de la viande et du lait, 1909.

PÉDURAN. — Les différents modes d'allaitement dans le Tarn-et-Garonne. Thèse de Paris, 1905.

PERRIN. — Influence de la tuberculose des parents sur la natalité, sur la morbidité et sur la mortalité des enfants. Communication au Congrès international de la Tuberculose. Paris, oct. 1905.

PINARD. - La puériculture du premier âge. Paris, Colin, 1904.

ROUVIER. — Précis d'hygiène de la première enfance. Paris, Baillière, 1893.

Uffelmann. — Traité pratique d'hygiène infantile. Paris, 1889.

Vallin. — Contrôle de la saleté du lait. Revue d'hygiène, octobre 1896.

Variot. — Instructions aux mères pour allaiter leurs enfants, 1898.

— Traité d'hygiène infantile. Paris, Doin., 1910.

5° Prophylaxie de la mortalité infantile et puériculture

Astier. — La loi Roussel. Thèse de Montpellier, 1907.

Archives de médecine des enfants.

Aubert. — Tuberculose et mariage. Thèse de Bordeaux, 1908.

Ausset. — Le bilan des Consultations de nourrissons. Paris, Masson, 1909.

Aviragnet. — Rapport à l'Assemblée générale de la Ligue contre la mortalité infantile. Revue philanthropique, t. XXIII.

Brassart. — Etude sur la consanguinité. Thèse de Paris, 1905.

Bouquet. — La puériculture sociale. Paris, Bloud, 1911.

Budin. — Des moyens de combattre la mortalité infantile. Revue philanthropique, 10 janvier 1902.

Brenet. — Influence de la copulation pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1903.

Bulletins de la Société de puériculture de Saint-Parres-les-Vaudes.

Chaignon. — Organisation des Consultations de nourrissons à la campagne. Thèse de Paris, 1908.

Circulaire du préfet de police relative à l'hygiène de la première enfance pendant les chaleurs. Revue pratique d'hygiène municipale. Juin 1905.

Conférences dans les cours d'adultes (J. offic., 19 août 1901, 10 oct. 1904, 21 mai 1906, 2 juin 1907, 2 juin 1908).

Devé. — Réflexions critiques sur la puériculture. Thèse de Paris, 1902.

Devraigne. — Les Consultations de nourrissons. Presse médicale du 21 octobre 1905.

Dluski. — Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. Thèse de Paris, 1894.

Drouhet (Paul). — L'enseignement ménager. Thèse de Lyon, 1904.

Drouineau. — Les sœurs dans les campagnes. Revue philanthropique, t. XXIV, p. 221.

Florentin. — Revue médicale de l'Est. 1er juillet 1911.

Gasse. — L'école des mères. Thèse de Paris, 1905.

Gœpfert. — Protection et assistance de la première enfance. Thèse de Nancy, 1904.

Guyon. — Consultations de nourrissons de Remiremont. Pédiatrie pratique, 1909.

Guyard. — Essai sur la protection des enfants du premier âge. Thèse de Montpellier, 1910.

Haushalter. — Les œuvres de protection de la première enfance à Nancy. Annales de médecine et de chirurgie infantiles, 1902.

Haussonville. — Le travail des femmes à domicile. Paris, Bloud, 1909.

Helbecque. — L'enseignement ménager. Thèse de Paris, 1908-1909.

Herrgott (A). — Allocution prononcée à la séance solennelle de rentrée de la Société de médecine de Nancy. Revue médicale de l'Est, 1902.

— Annales de la Société obstétricale de France, 1904.

Hesteing. — Les Consultations de nourrissons. Thèse de Paris, 1910.

Jarricot. — Consultations de nourrissons dans les écoles normales d'institutrices. Pédiatrie pratique, 1910.

Lehir. — Des mariages tardifs au point de vue médical. Thèse de Paris, 1910.

Londe. — La médecine préventive du premier âge. Paris, Alcan, 1911.

Lyon (G.). Allocution. Puériculture et hygiène infantile. Paris, Alcan, 1908.

Marois. — Les Consultations de nourrissons dans l'Yonne en 1907. Revue philanthropique, 1908.

Maygrier. — Congrès des gouttes de lait. Revue philanthropique, 1907.

Miquel-Maillé. — Lever précoce et lever tempestif des accouchées. Toulouse, 1909.

Moll-Weiss (Mme). — Les mères de demain. Paris, Vigot, 1902.

Mornet. — Les mutualités maternelles. Paris, Bloud, 1911.

Parès. — Les mutualités maternelles, leur rôle dans la lutte contre la mortalité infantile. Thèse de Paris, 1908.

Patou. — La puériculture antenatale. Thèse de Lille, 1909.

Pinard. — Assistance des femmes enceintes, en couches et accouchées. In Revue d'hygiène, 1890.

Poujol. — Les garderies clandestines d'enfants. Thèse de Lille, 1909.

Poussineau. — Rapport sur les mutualités maternelles à la Commission de dépopulation, 1903

Protection de l'Enfance et Enfants assistés. — Journal officiel (23 août 1905, 27 mars 1909, 2 avril 1912).

Statuts de l'Association des Dames de Briey, 1902.

Strauss. — L'enfance malheureuse. Paris, Charpentier.

— Dépopulation et puériculture. Paris, Charpentier, 1902.

— La croisade sanitaire. Paris, Charpentier, 1902.

Trouette. — Les mutualités maternelles Thèse de Paris, 1906.

Variot. — Projet d'un Institut de Puériculture. Clinique infantile, 5 novembre 1908.

ERRATA

Page 50, 2e ligne, lire 2.203 kil. carrés, au lieu de 22.033.

— 272, 3e ligne, lire *production* au lieu de *protection*.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 5

INTRODUCTION 9

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES sur la dépopulation et la mortalité infantile en France. 17

1° Stationnement de la population française 17

2° Etude statistique de la mortalité infantile en France 27

Première Partie

Etude statistique de la mortalité infantile et de la dépopulation dans l'arrondissement de Langres 37

CHAPITRE PREMIER. — Documentation et recherches . . . 38

Méthode statistique 38

Méthode d'enquête. 45

CHAPITRE II. — Le mouvement démographique dans l'arrondissement de Langres 49

Facteurs d'émigration 54

Diminution de la natalité 60

Mortalité 65

CHAPITRE III. — Etude statistique de la mortalité infantile dans l'arrondissement de Langres 69

La mortalité infantile de 1700 à 1910 69

La mortalité infantile de 1901 à 1910. 72

Deuxième Partie

Les causes de la mortalité infantile 79

CHAPITRE PREMIER. — Les facteurs morbides de la mortalité infantile 81
Mortalité infantile par débilité congénitale et mortinatalité 81
Mortalité par troubles digestifs 99
Mortalité par affections broncho-pulmonaires 107
Mortalité par affections héréditaires, contagieuses et diverses 114

CHAPITRE II. — Insalubrité du milieu rural 123

CHAPITRE III. — Les facteurs de la mortalité qui agissent avant la naissance 131
Les conditions de la procréation 132
Les conditions de la grossesse 142
L'accouchement et le post-partum 148

CHAPITRE IV. — Les facteurs de la mortalité infantile qui agissent après la naissance 157
L'allaitement des nourrissons 157

CHAPITRE V. — L'hygiène du nouveau-né et du nourrisson 195

CHAPITRE VI. — Les catégories spéciales d'enfants 203
Les enfants indigents 204
Les enfants illégitimes 210
Les enfants protégés et les enfants assistés 215

Troisième Partie

La prophylaxie de la mortalité infantile dans le milieu rural 223

CHAPITRE PREMIER. — La puériculture à la campagne . . 227
Obstacles 227
Ressources 231
La puériculture et les praticiens 232

Chapitre II. — Education 235
Instruction des médecins et des sages-femmes 236
Education des futures mères 238
Education des mères 244
Education des futurs chefs de famille 251

Chapitre III. — Assistance 253
Assistance pendant la grossesse 254
Assistance au moment de l'accouchement 256
Assistance aux mères 259

Chapitre IV. — Action des pouvoirs publics et législation. 263
Subventions 264
Surveillance des œuvres privées 265
Amélioration de l'hygiène publique 265
Prophylaxie des tares héréditaires 266
Répression de l'avortement criminel 267
Protection des femmes enceintes et des femmes en couches 267
Assistance aux filles-mères 270
Diminution du nombre des naissances illégitimes . . 271
Surveillance de la production et de la vente du lait . 272
Hygiène du premier âge 273
Protection de l'enfance 273
Les enfants assistés 275

Conclusions 277

Index bibliographique 281

Imprimerie Albert Barbier, 4, quai Choiseul, Nancy